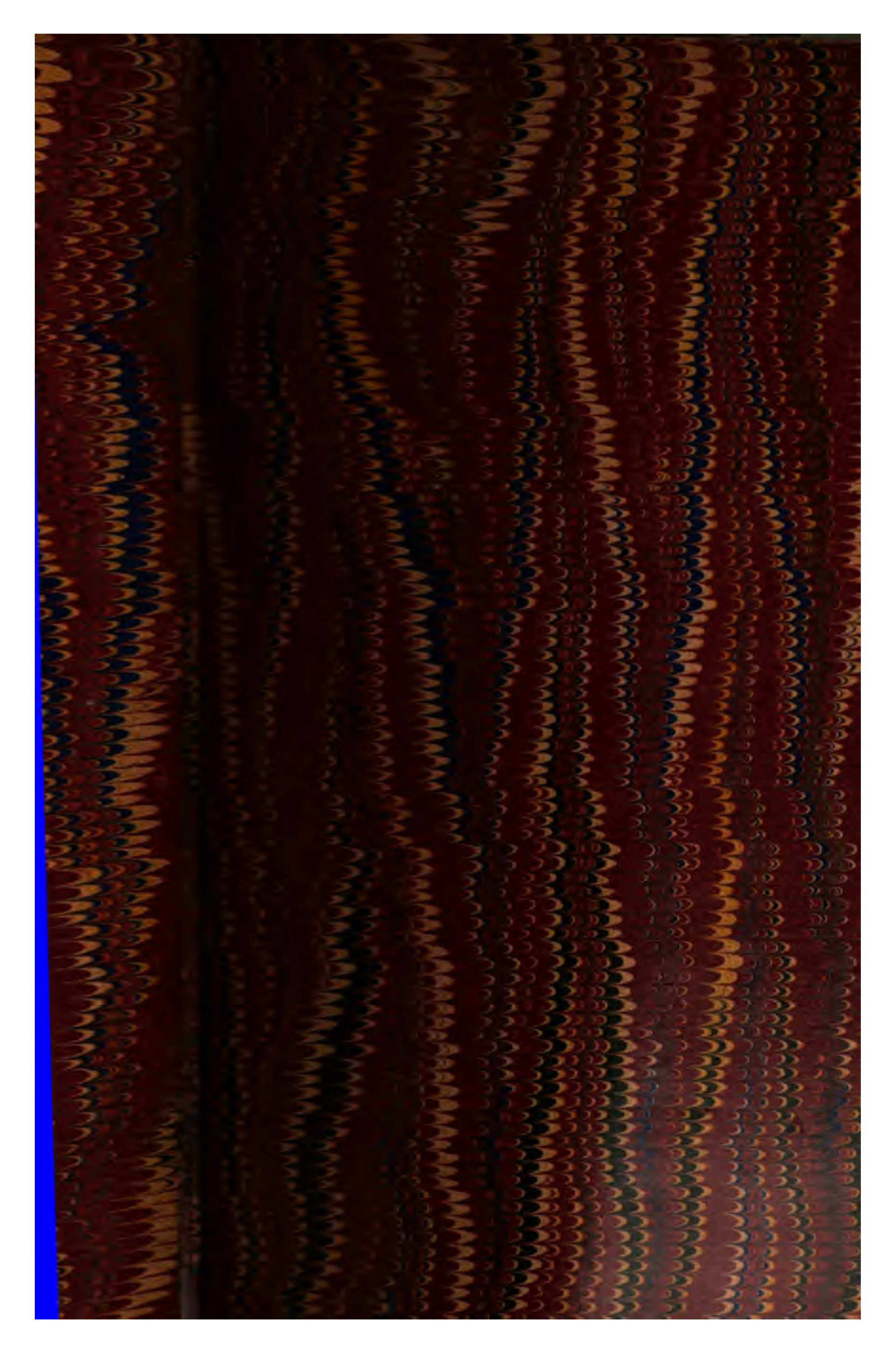


REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

FONDÉE ET PUBLIÉE PAR

Le Docteur Jules CHÉRON

MÉDECIN DE SAINT-LAZARE

Professeur libre de gynécologie à l'École pratique de la Faculté de Médecine
Docteur ès sciences, officier de la Légion d'honneur, officier de l'instruction publique
Membre de la Société de Médecine de Paris, etc.

AVEC LA COLLABORATION SCIENTIFIQUE DE MM. LES DOCTEURS :

JOSEPH BERRUTI
Agrégé à la Faculté de Médecine, Professeur à l'Université Royale de Turin.

DEMBO
de Saint-Pétersbourg.

HÉLOT
Chirurgien chef des Hôpitaux de Rouen

LÉON LABBÉ
Professeur agrégé de la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de Médecine, Chirurgien de l'Hôpital Beaujon.

LANNELONGUE
Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Bordeaux.

LE PILEUR
Médecin de Saint-Lazare.

PÉAN
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Louis.

VERRIER
Préparateur du cours d'accouchements à la Faculté de Médecine de Paris.

LE DOCTEUR R. FAUQUEZ
Médecin-adjoint de Saint-Lazare
OFFICIER DE L'INSTRUCTION PUBLIQUE
Secrétaire de la Rédaction

TOME SIXIÈME

PARIS
CHEZ COCCOZ, LIBRAIRE-ÉDITEUR
11, RUE DE L'ANCIENNE-COMÉDIE

1884

REVUE MÉDICO-CHIRURGICALE DES MALADIES DES FEMMES

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*,
Annotée par le Dr J. Chéron.

DEUXIÈME PARTIE
(*Suite*).

—

CHAPITRE IV.

PRINCIPES DU TRAITEMENT DES MALADIES DE L'AGE CRITIQUE.

L'histoire naturelle de la fonction reproductrice m'a permis d'établir, dans les chapitres qui précèdent, les maladies auxquelles on doit s'attendre à l'âge critique ; elle m'aidera aussi à déterminer les principes auxquels doit être soumis le traitement de ces affections.

Si l'hémorrhagie menstruelle se produit naturellement par des voies différentes, sur 208 femmes sur 500, cela montre évidemment qu'il faut imiter cet effort spontané d'une force cachée pour débarrasser l'organisme. Si 306 femmes sur 500 ont souffert de faiblesse au creux épigastrique, d'évanouissements, de débilité et de chlorose, il en résulte que les stimulants et un traitement

réconfortant sont aussi indispensables à la ménopause qu'à la puberté. Si 75 sur 500 ont eu des diarrhées fréquentes ou de la constipation, il s'ensuit que les purgatifs peuvent souvent rendre de grands services. Si 285 sur 500 ont éprouvé des sueurs ou des transpirations anormales, c'est une preuve positive de l'utilité des sudorifiques. Si 134 sur 500 ont continuellement souffert d'état bilieux, de jaunisse, de pyrosis, de vomissements et de dyspepsie, il est clair qu'il faut avoir recours aux alcalins. Si, chez 277 sur 500, le système nerveux a été habituellement plus ou moins plongé dans un état de stupeur, l'utilité des sédatifs est manifeste. Si, chez beaucoup de femmes, l'organe qui offre le plus de prise à la maladie, pendant toute leur vie, s'est trouvé plus affecté à cette période, ce fait ne démontre-t-il pas la nécessité de reconnaître la faiblesse de cet organe en interrogeant la malade, et de se mettre à même de la traiter efficacement. Si quelque maladie des organes sexuels empêche la ménopause de se produire, dans les conditions normales que j'ai décrites, cela n'indique-t-il pas que la guérison de cette affection sera le premier pas du retour à la santé ? Dans tous les cas, les principales indications sont : 1° Guérir la maladie locale; 2° Restreindre les pertes anormales; 3° Corriger l'action désordonnée ou irrégulière des nerfs; 4° Fortifier la constitution de la malade.

En exposant les remèdes à employer, je dois mettre le lecteur en garde contre le préjugé enraciné dans certains esprits, que l'âge critique est synonyme de vieillesse, car les principes de traitement applicables aux maladies de la vieillesse ne le seront pas toujours à celles de l'âge critique. Alors, comme à la puberté, il peut exister une énergie vitale, mais latente et comprimée, qui se révèle quelquefois avec une force inattendue. J'ai la plus entière confiance dans l'efficacité des traitements suggérés par l'étude des phénomènes naturels, et un grand nombre d'observations consignées dans ce livre montreront comment, en suivant les indications de la nature, j'ai pu soulager, en quelques jours, des malades qui avaient souffert pendant des années. A l'exception du cancer ou des lésions de structure, il y a peu de cas incurables ; cependant beaucoup de femmes, satisfaites d'un premier

soulagement, se soucient peu d'être complètement guéries. Elles préféreraient leurs maux accoutumés à l'ennui d'une vie systématiquement réglée, elles opposent la stupidité du préjugé à un avis basé sur des faits palpables, et parlent de « la déplorable inefficacité de la médecine », lorsque, en réalité, *elles ne veulent pas se donner la peine de guérir.*

Saignée. — *L'histoire naturelle* de la menstruation montre qu'à sa cessation, la nature a procuré du soulagement à 208 femmes sur 500, par des hémorrhagies sur différentes parties du corps. D'où je conclus que ce procédé naturel est bon à imiter ; et il l'a été largement par d'illustres médecins d'autrefois, et par Tissot, Hufeland et Meissner ; néanmoins, aujourd'hui, l'on imite si peu la nature que, sur mes 500 malades, cinq seulement ont été saignées, et dix ventousées. Fothergill et Heberden pensaient que le nombre des morts subites avait beaucoup augmenté, en Angleterre, depuis que la saignée, au printemps et à l'automne, était passée de mode ; quoiqu'il en soit de l'exactitude de cette assertion, je suis convaincu que, chez quelques femmes, les douleurs sont aggravées par l'absence de saignées ; et pourtant, cette opération se recommande d'elle-même, tant il est facile de comprendre qu'un peu de sang tiré à propos à des femmes accoutumées depuis trente-deux ans à une saignée naturelle périodique, est le meilleur moyen de prévenir ou de guérir des maladies qui ont leur source dans la suppression de la menstruation, jusqu'à ce que le sang ait trouvé son emploi dans l'économie.

La saignée n'est plus de mode, parce que les médecins ont été vivement impressionnés par les excès auxquels, à diverses époques, son emploi a donné lieu ; je ne discuterai pas ici cette question, car je l'ai fait dans mon « *Manuel de Thérapeutique utérine* ». Je remarquerai seulement que, récemment, la phlébotomie a été recommandée dans des cas bien définis par de bons pathologistes, tels que le Docteur Handfield Jones, et le Docteur Richardson, et par le Dr Fordyce Barker dans sa pratique obstétricale. A ceux qui conservent encore l'horreur de ce remède, je ferai observer que, en supposant que la constitution d'un *homme* soit assez

profondément altérée pour être attaquée par la soustraction de dix ou douze onces de sang, lorsqu'il est en proie à une maladie aiguë, en pareil cas une *femme* est souvent soulagée par une perte de sang considérable. Une surabondance de sang, auquel la nature n'a pas encore assigné d'emploi, est une cause de maladie, lors de la cessation : il s'ensuit que la saignée, si souvent effectuée par la nature elle-même, ne doit pas être négligée par ceux qui se flattent de comprendre et d'imiter sa manière de procéder.

La pléthore coexiste quelquefois avec une faiblesse apparente, qui peut être diminuée par la saignée ; aussi, lorsqu'on cherche à déterminer les cas où cette mesure est utile, il est bon de se guider d'après l'état du pouls aux tempes et au cœur, à l'artère radiale aussi, car, s'il existe une grande émaciation, les artères temporale et radiale plus rapprochées de la surface peuvent donner la première mesure de la vigueur du sujet. Tandis que la saignée est désastreuse chez les malades qui sont chlorotiques et nerveuses, elle a souvent empêché de devenir folles des femmes pléthoriques et habituées à être abondamment réglées.

Je me suis soumis à la mode. J'ai vu qu'il était difficile de trouver un homme disposé à saigner une malade et j'ai essayé, au moyen de purgatifs drastiques, bromures, etc., de calmer un système nerveux vivement surexcité, mais je n'ai point réussi tant que je n'ai pas saigné la malade.

Les symptômes nerveux caractéristiques de l'âge critique sont : les maux de tête, le vertige, la lourdeur et la somnolence. J'ai appelé l'attention sur ces symptômes fréquents à la puberté, pendant la gestation et la lactation ; quelle que soit d'ailleurs la période à laquelle ils surviennent, ils sont considérés comme indiquant un mouvement du sang vers la tête. Accompagnés de maux de tête et de vertiges, ils signalent, d'après Columbat et Auber, la nécessité de la saignée ; quoique de semblables méprises ne puissent être commises en Angleterre, puisque personne ne saigne, la mode peut changer et, alors, on courra le danger de voir prendre une maladie cérébrale pour une pléthore. Les observations qui suivent démontreront, jusqu'à un certain

point, la clairvoyance qu'il faut posséder pour traiter les malades présentant de tels symptômes.

Observation dixième. — En 1844, la rage de la saignée, exaspérée en France par les plaidoyers passionnés de Broussais, subsistait à Paris ; mais il était déjà facile de remarquer les mauvais effets de ce déplorable système. Vers cette époque, je fus consulté par une dame, âgée de cinquante-et-un ans, grande, maigre, au teint pâle, aux yeux et aux cheveux noirs. Elle avait été menstruée à quinze ans ; la fonction n'avait souffert d'interruption que pendant trois grossesses, mais elle diminua graduellement et cessa tout-à-fait à quarante-huit ans. Pendant quelques mois, elle n'éprouva aucun malaise, mais bientôt survinrent les maux de tête, les vertiges, les vapeurs et les transpirations. Un médecin français éminent ordonna une saignée de dix onces ; un léger mieux s'en suivit, mais les mêmes symptômes reparurent bientôt, et, interprétés comme signes de pléthore, motivèrent une nouvelle émission sanguine de dix onces. Cette seconde saignée fit empirer l'état de la malade ; lorsque je la vis, les mauvais effets du traitement étaient évidents, aussi n'ordonnai-je que des calmants, des purgatifs doux, du vin, un régime plus fortifiant. La malade se remit promptement, et, lors des retours de ses indispositions, elle se trouva toujours bien du même mode de traitement.

Observation onzième. — En 1850, je fus consulté par une dame, âgée de cinquante-trois ans, de stature moyenne, de complexion sanguine, cheveux bruns, yeux gris bruns. A treize ans, elle avait été menstruée abondamment ; le sang était revenu avec une périodicité régulière et en assez grande quantité chaque fois. Au moment où cette fonction allait prendre fin, une perte survint par deux fois, et elle se trouva beaucoup mieux après. La menstruation cessa à cinquante-et-un ans ; bientôt se déclara une diarrhée, qui survint à divers intervalles, mais ne porta atteinte ni à l'appétit ni aux forces. Cette évacuation supplémentaire fut suivie de lourdeur de la tête, de vertige, de bouffées de chaleur et de transpirations abondantes. Elle avait consulté plusieurs médecins

sur ces symptômes pénibles ; elle avait pris du sulfate de quinine, de l'acétate de plomb, et de l'acide gallique, mais sans bénéfice aucun. J'ordonnai une saignée de douze onces, et vertiges, vapeurs et transpirations diminuèrent beaucoup. Les intestins furent tenus libres au moyen des poudres de Sedlitz ; la malade prit chaque jour quelques verres de limonade effervescente, et un bain tiède d'une heure, chaque semaine. De la viande une fois par jour ; ni bière, ni porter ; un verre de vin de Xérès au dîner, et un plus long exercice en plein air. En un mois, tous les symptômes de souffrance avaient disparu ; tout avait été bien pendant un certain temps, lorsque, sans cause apparente, ils se manifestèrent de nouveau. Je prescrivis une nouvelle saignée de six onces, et le renouvellement du traitement, avec le même succès.

Les symptômes éprouvés par ces deux malades étaient les mêmes, mais leur constitution différait entièrement. Le premier cas démontre que, lorsque des personnes nerveuses sont saignées avec excès, il survient souvent un état qui présente l'aspect menaçant d'une maladie des organes vitaux, maladie qui chez d'autres est soulagée par la saignée. Dans le second cas, la malade était d'une forte constitution, accoutumée à perdre de grandes quantités de sang, ce qui la soulageait. La vigueur de la circulation était parfaitement appréciable d'après les battements énergiques du cœur et du pouls ; c'était le contraire chez l'autre malade. Celle-ci fut soulagée par les sédatifs et par un régime fortifiant ; celle-là par la saignée surtout. J'ai vu ce dernier moyen éloigner les symptômes, lorsqu'ils n'étaient pas indiqués par une constitution vigoureuse, mais bien par l'habitude de pertes de sang considérables ; ainsi chez les femmes chétives et d'apparence délicate, chez celles dont la susceptibilité nerveuse est grande, deux cas dans lesquels on peut admettre une tendance à l'hémorrhagie.

Tout d'abord, on devrait tirer aux femmes pléthoriques une quantité de sang suffisante pour produire une impression sur l'organisme, car la nature adopte fréquemment cette manière de faire ; n'avons-nous pas vu que, sur 500 femmes, 138 ont été su-

jettes à des pertes quand est venu l'âge critique ? Mais, quand se présente l'indication, il est bon de saigner par quantités de plus en plus petites et à des intervalles de plus en plus éloignés. Tissot mentionne un cas dans lequel il crut devoir pratiquer des saignées pendant trois ans, après quoi la malade recouvra la santé. Hufeland avait l'habitude de saigner trois fois pendant la première année après la cessation, deux fois pendant la seconde, une seulement pendant la troisième. Moi-même je suis quelquefois un plan analogue, qui est comme la photographie de la nature ; car, chez 171 femmes sur 500, le flux menstruel cessa naturellement, c'est-à-dire graduellement, par une perte survenant tous les deux, trois, quatre, cinq ou six mois; et chez 53 autres, il y eut un retour marqué des phénomènes mensuels. Dans des cas semblables, il serait de bonne pratique de saigner avant le retour attendu.

Les effets de la saignée devraient être secondés par un régime judicieux ; car, sans aucun doute, la nécessité de cette opération, chez les femmes pléthoriques, serait considérablement diminuée s'il n'était pas si difficile de les persuader de rompre avec leurs habitudes, et si elles voulaient consentir à diminuer pendant quelque temps la quantité de leur nourriture, et à supprimer, dans leur manière de vivre, tout ce qui peut leur porter préjudice.

Déplétion locale. — Quand la saignée présente des inconvénients, quelques sangsues derrière l'oreille ou bien une ventouse à la nuque ou entre les épaules peuvent y suppléer. Si les hémorrhoïdes ont une tendance à couler, les sangsues peuvent être appliquées à l'anus ; elles seront aussi quelquefois utiles dans les cas où la matrice est habituellement sujette à la congestion ou à l'inflammation ; cependant, j'ai été surpris de voir le docteur Ashwell conseiller, comme le meilleur moyen de soulager les souffrances de l'âge critique, l'application des sangsues sur la matrice même, car elles sont généralement destinées à attirer le sang vers cet organe, et, agir ainsi, excepté dans des circonstances particulières, serait vouloir prolonger ce que la nature tend à abréger. Il est clairement indiqué qu'alors il faut empêcher le sang de se porter à la matrice ; et, quoique j'emploie souvent les

sangsues dans des cas d'inflammation de l'utérus, je trouve que des petites saignées de temps à autre sont plus efficaces pour dissiper cette turgescence mensuelle de la matrice, qui peut se manifester longtemps après la cessation.

PURGATIFS. — La diarrhée a soulagé cinquante-deux femmes sur les 500 que j'ai pu observer. Ce sont autant de témoins en faveur de l'utilité des purgatifs, aussi bien que les trente-sept qui étaient sujettes à la dyspepsie, les trente-trois que tourmentait une constipation opiniâtre, les cinquante-cinq chez lesquelles dominait un dérangement bilieux, et les six qui ont eu la jaunisse une ou plusieurs fois. L'utilité des purgatifs est encore démontrée par la sympathie très-intime qui existe, comme je l'ai prouvé (1), entre les organes génitaux et les canaux intestinaux, sympathie qui résulte aussi du relâchement des intestins qui accompagne ordinairement le flux menstruel. Les purgatifs constituent une des déplétions locales les mieux appropriées au soulagement habituel de l'organisme ; leur emploi à l'âge critique, répond pleinement à la confiance que les médecins leur ont accordée depuis longtemps, et que Fothergill a sanctionnée ; cette confiance s'est même si bien propagée, chez les malades et les médecins, que les uns et les autres sont tentés de les employer exclusivement et de négliger d'autres moyens puissants. Je pourrais rapporter des cas nombreux prouvant l'utilité de la diarrhée, mais je ne citerai que le suivant :

OBSERVATION DOUZIÈME. — Catherine M.., âgée de cinquante-trois ans, grande, maigre et pâle, menstruée très-abondamment à quinze ans, fut dès lors parfaitement réglée, et chaque fois, pendant trois ou quatre jours, et dans des conditions telles que, suivant sa propre expression, « elle ne sentit jamais ses règles venir ni s'en aller ». Elle se maria à trente-trois ans, fit trois fausses-couches, eut cinq enfants, le dernier à quarante-sept ans ; la menstruation, qui avait été irrégulière une année avant la gros-

(1) *De l'inflammation de l'utérus et des ovaires, et des maladies de la menstruation.* — 3e édition.

sesse, ne reparut jamais depuis. La malade avait été généralement relâchée aux époques menstruelles. Pendant sa dernière grossesse, et après l'accouchement, elle eut fréquemment trois ou quatre selles par jour, ni douleur, ni perte d'appétit; depuis lors la diarrhée se manifesta toutes les trois ou quatre semaines, accompagnée de vapeurs et de transpirations abondantes. Pendant les douze derniers mois, elle allait à la selle six et sept fois par jour ; vint un moment où il n'y eut plus qu'une évacuation tous les deux jours : elle souffrit beaucoup de chaleurs, de vapeurs, de vents, de nausées, d'oppression au creux de l'estomac, et d'absence d'appétit ; sa langue était toujours propre et saine. Dès que l'action des intestins devint plus libre, la malade se porta bien.

Lorsque la diarrhée survient, c'est ordinairement à intervalles irréguliers ; elle peut se manifester avec la régularité du flux menstruel, ainsi qu'il est arrivé à une dame de quarante-cinq ans, qui eut de la diarrhée au moment où elle devait être réglée ; cette diarrhée dura trois jours, et lui procura du soulagement, bien que l'écoulement sanguin ne reparut jamais et fut remplacé par une diarrhée mensuelle, au grand bénéfice de la santé de la malade. J'ai vu la cessation de la menstruation suivie pendant cinq ans d'un relâchement habituel, qui produisait des selles deux ou trois fois par jour, ordinairement sans coliques. La malade jouissait pendant ce temps d'une bonne santé, et maintenant encore elle se porte bien.

Le D[r] Day signale les effets salutaires de la diarrhée qui consiste en évacuations aqueuses et qui s'établit sans cause apparente tous les 3 ou 4 mois après l'arrêt de la menstruation ; et il cite le cas d'une dame de 87 ans, chez laquelle elle s'est montrée avec grand avantage pendant les trente dernières années. Au lieu de donner des drastiques, il est plus prudent de prescrire l'usage fréquent des médicaments évacuants les plus doux, afin de diminuer graduellement la pléthore abdominale, d'autant plus qu'il peut se passer plusieurs mois avant que la constitution puisse s'altérer. Les purgatifs salins rafraîchissants remplissent ce but, tels sont la crème de tartre soluble, la limonade à la crème de tartre, le citrate de magnésie, la poudre de Sedlitz, le sel artificiel de

Cheltenham, ou de petites quantités de sel d'Epsom ; l'eau de Pulna et de Friedrichshall prises par verre au sortir du lit. J'ai prescrit à l'occasion le savon et les pilules d'aloès des Barbades de la pharmacopée anglaise, ordonnant 5 ou 10 grains à prendre aux repas avec la première bouchée de potage.

Le soufre est généralement classé parmi les remèdes purgatifs, parce que son action est visible; mais il doit sa principale valeur, dans les maladies de la ménopause, à une autre action qui l'a rendu depuis longtemps si précieux, et dans les affections hémorrhoïdales, où les capillaires de l'intestin fonctionnent irrégulièrement, et dans les maladies de la peau, phénomène morbide qui peut se manifester à la ménopause. Quelquefois j'administre la fleur de soufre seule, ou, à chaque once, j'ajoute quatre drachmes de magnésie calcinée: à d'autres, je prescris parties égales de borax et de soufre, un ou deux scrupules de ces poudres à prendre le soir avec un peu de lait, qui généralement agit avec douceur: de tels mélanges sont très précieux lorsqu'on cherche une action continue. Ainsi pris en petite quantité, je n'ai jamais entendu aucune de mes malades lui reprocher de déterminer une odeur particulière.

Alcalins et diurétiques. — Chez une femme en bonne santé, la crise ovarienne mensuelle produit généralement des dépôts critiques dans l'urine, beaucoup de femmes remarquent que leur urine est boueuse un jour ou deux, avant ou pendant le flux menstruel. Pendant le temps des règles et après la ménopause, cet état bourbeux a été noté dans 49 sur 500 de mes cas, pour durer pendant des semaines, cesser et apparaître de nouveau. Il suffit d'indiquer l'utilité des préparations alcalines ; leur utilité sera évidente dans les trente-sept cas de dyspepsie, les trente-et-un de vomissements, les cinq d'hydropisie, les cinquante-cinq d'état bilieux et les six de jaunisse. Le Dr Parkes a montré que l'action de la liqueur de potasse varie chez les sujets en bonne santé, selon qu'elle est prise avant ou après les repas. Prise après les repas, elle agit comme anti-acide. Elle se combine avec les acides chlorhydrique ou lactique et passe dans la circulation sans augmenter l'eau, les matériaux solides ou l'acide sulfurique de l'urine, améliorant

la digestion et l'état du sang. Prise, au contraire, avant les repas elle a le pouvoir de diminuer l'embonpoint.

Trente à quatre-vingt-dix minutes après que la liqueur potassique est entrée dans la circulation, il y a une augmentation de l'urine légèrement acide qui contient toute la potasse de la matière organique et une proportion relativement grande d'acide sulfurique. En d'autres termes, un composé albumineux s'oxyde soit dans le sang lui-même, soit dans les tissus ; le soufre, sous la forme d'acide sulfurique, s'unit à la potasse et peut-être au composé protéique modifié et est éliminé par les reins ; la quantité d'albumine ou de fibrine détruite ainsi, par de petites doses de liqueur potassique, est sans doute faible, mais comme le médicament peut être pris pendant un temps considérable et comme ses effets oxydants peuvent être secondés par l'exercice et de copieuses injections d'eau, il est possible de faire disparaître les matériaux superflus sans risques pour la malade. A tout événement, quelques femmes, qui deviennent très fortes après la ménopause, et qui retirent un léger bénéfice des moyens pour diminuer les sueurs et les symptômes nerveux de cette période, sont rapidement soulagées, lorsque, au moyen de fortes doses de liqueur potassique, elles ont été débarrassées d'une quantité surabondante de graisse.

Le Dr Shearman a appelé l'attention sur l'altération de l'urine, qui devient sucrée dans quelques formes d'affections ganglionnaires ; il considère ce fait comme étant sous la dépendance de la névralgie du nerf vague et a une aussi grande confiance que moi dans les alcalins pour donner trois doses de liqueur potassique, afin de déterminer un état alcalin du sang, de diminuer le sucre de l'urine et de la réduire à son état normal d'acidité. Dans quelques cas de maladies de la ménopause, les médicaments alcalins sont employés comme anti-acides et modificateurs du sang ; et j'ordonne une mixture de six onces contenant, entre autres ingrédients, deux drachmes de liqueur potassique, à prendre une demi-heure après les repas. A moins d'une grande flatulence ou à moins que le temps soit froid, un breuvage effervescent est un véhicule très convevable pour administrer les alcalins : et le borax, l'acétate de potasse et le nitrate de potasse

peuvent y être ajoutés, lorsque le but est d'agir sur les reins.

Acides minéraux. — La fréquente coïncidence, à la ménopause, de la dyspepsie, des troubles biliaires et de la débilité, rend souvent utile l'emploi d'acides minéraux et je prescris trente gouttes d'acide nitro-muriatique diluées dans de l'eau distillée ou autre véhicule; l'acide sulfurique est indiqué lorsque les fonctions du rein sont troublées.

Sédatifs. — Sur 500 femmes, les 227 qui souffraient de pseudo-narcotisme, les 226 qui étaient atteintes de douleurs dans la région dorsale, les 205 qui éprouvaient des douleurs hypogastriques, les 208 sujettes aux maux de tête, les 146 qui présentaient les plus faibles formes de l'hystérie, les 49 atteintes de douleurs épigastriques, les seize qui devinrent folles et plusieurs autres qui souffraient d'affections nerveuses moins fréquentes, témoignent toutes de l'efficacité des remèdes sédatifs, qui soulagent certaines formes d'affections nerveuses inévitables au moment de l'âge critique. L'utilité de l'emploi des sédatifs, dans les maladies de la vieillesse, a été si admirablement démontrée par un cas qui a jeté une lumière considérable sur leur étude difficile, que je profite moi-même des remarques de Sir H. Holland, qui s'appliquent forcément aux maladies de l'âge critique.

La manière d'employer l'opium, dans la pratique moderne jusque dans ces derniers temps, peut être citée comme un des exemples de modifications fâcheuses dans l'application des remèdes et dans les méthodes de traitement.

La peur de resserrer les intestins et de diminuer les sécrétions, constamment présente à l'esprit du praticien, facilement communiquée au malade au même degré, porte aussi un grand obstacle à l'emploi, dans des proportions suffisantes, d'un médicament qui a le pouvoir de diminuer la douleur, de soulager le spasme, de procurer le sommeil, de produire la transpiration, et même, à l'occasion, d'aider l'action naturelle des intestins en mettant obstacle aux effets perturbateurs qui l'entravent.

Maintenant encore, je puis affirmer qu'il existe, quant à la fré-

quence et à l'étendue de son usage, une défiance qu'aucun fait n'autorise et qui, de toute façon, nuit à notre succès dans le traitement de la maladie. Ce qui est encore plus singulier, en considérant d'un autre côté la hardiesse de notre pratique, c'est que nous avons, dans le sommeil produit, une sorte de limite et de sauvegarde contre ses effets, et que nous possédons des médicaments d'une application facile pour tous les symptômes nuisibles qui peuvent se produire. A l'insuffisance des quantités administrées peut-être attribué en partie, il est vrai, le mépris relatif dans lequel le médicament est tombé pendant un certain temps. La moitié d'une dose peut troubler une nuit pendant laquelle le repos eût été parfait avec une dose entière, ou aggraver l'aspect des symptômes qu'une plus grande quantité aurait soulagés ou fait disparaître.

L'expérience médicale est encore d'accord avec l'observation pour reconnaître l'inestimable valeur du sommeil dans la maladie ou la suppression de la douleur et la disparition de tous les désordres que celui-ci procure. Quant à la douleur et au manque de sommeil, quoique rigoureusement ces symptômes puissent souvent, dans la pratique, être considérés en eux-mêmes comme des désordres, leur disparition est essentielle au succès de notre traitement général.

Combien fréquemment voyons-nous une agitation nerveuse s'emparer du malade, une prolongation de la maladie, ou d'autres causes, retarder sa guérison, en empêchant l'effet attendu des médicaments et en neutralisant les moyens employés contre elle ? Dans de tels cas, le médecin n'est pas soumis aux noms et aux mots techniques. Le cours régulier du traitement peut être suspendu jusqu'à ce que le trouble ait disparu et même, pendant qu'il existe, on peut admettre des contradictions apparentes créées en vue d'atteindre le but. Ici l'opium est le plus certain et le plus puissant des moyens que nous possédions et son emploi ne doit pas être fait timidement, par fractions de doses, mais en vue du but dans lequel on le donne. De petites quantités répétées manqueront souvent leur effet, tandis que, concentrées en une seule dose, elles nous donneront sûrement l'effet désiré.

Ces remarques sont, en toute circonstance, applicables aux maladies de l'âge critique, car les sédatifs, en apaisant l'acuité de la douleur, diminuent les progrès du mal et modèrent l'excitabilité ; car les vaisseaux sanguins sont sous la dépendance des nerfs vaso-moteurs, et les sédatifs, en réprimant l'action du cœur, diminuent la violence du cours du sang. D'ailleurs, la source principale des troubles cérébraux, à l'âge critique, est l'irrégularité du stimulus des organes de la reproduction, qui ne sont plus allégés par le flux menstruel; quelques-unes de mes malades, en effet, ont été amenées jusqu'aux limites de la folie par une excitation utéro-ovarienne et, à mesure que cette excitation s'apaisait, par l'usage systématique des sédatifs, le trouble cérébral diminuait. Celles qui ont le plus bénéficié de l'administration des sédatifs sont les nerveuses et les chlorotiques, chez lesquelles l'action nerveuse est souvent sans puissance, action qui demande à être réprimée jusqu'à ce que le système nerveux ait acquis de la force ; et comme la tolérance pour le remède est généralement en proportion directe de la nécessité de l'appliquer, on trouvera que les maigres, les faibles et les nerveuses sont les plus sensibles à l'action des sédatifs et peuvent être amenées à en supporter les plus fortes doses. Je ne peux trouver de termes assez forts pour exprimer ma conviction du bien que j'ai fait à une foule de femmes souffrant d'une irritation nerveuse poussée à l'extrême, en leur donnant 30 ou 40 grains de bromure de potassium ou d'ammonium en 24 heures ; mon intention est de donner la moitié de cette dose à 4 heures et l'autre moitié le soir. Après 10 ou 15 jours, il n'est besoin que d'une seule dose le soir. Les pléthoriques supportent mieux les sédatifs de la famille des solanées que l'opium, à moins qu'il ne soit uni à l'ipécacuanha et le calômel ou les pilules bleues, seront administrés avec les sédatifs lorsque le foie sera malade ; on comprend qu'à la ménopause les sédatifs peuvent être administrés par la bouche, au moyen d'injections hypodermiques et de topiques appliqués au siège de la lésion. Les emplâtres d'opium et de belladone ou, mieux encore, ceux faits en incorporant de la morphine et de l'atropine, ou de la glycérine, suivant la méthode exposée dans mon « livre sur la Thérapeutique utérine »,

sont spécialement usités pour apaiser les douleurs épigastriques et les douleurs dont les femmes souffrent si souvent et qui jouent un rôle si important dans les affections nerveuses des femmes.

Le précepte d'appliquer le médicament sédatif aussi près que possible des nerfs douloureux s'explique par les résultats prompts et heureux qui suivent souvent l'application de suppositoires ou d'injections médicamenteuses par le vagin ou le rectum, lorsque les organes génitaux sont malades.

Même dans les cas où il n'y a pas de douleurs abdominales ou lombaires, j'ordonne quelquefois des sédatifs par le rectum avec les meilleurs résultats. Dans quelques cas d'irritation nerveuse, où il y a une grande tendance aux maux de tête, au délire, au pseudo-narcotisme, ou à un état approchant de la folie, ils sont très utiles, car, à l'âge critique, tous ces états inquiétants de l'esprit ne dépendent pas d'une maladie cérébrale idiopathique, mais d'une mauvaise réaction sur le cerveau, de quelque influence ovarienne anormale transmise par les ganglions nerveux, et, en apaisant la douleur, l'irritation et l'influence irrégulière des organes génitaux, les sédatifs diminuent l'action nuisible des ganglions nerveux et guérissent ainsi la maladie fonctionnelle du cerveau.

Quant aux indications spéciales, au sujet des sédatifs, pour éviter les répétitions, je renverrai le lecteur aux chapitres suivants, dans lesquels le traitement de chaque maladie est indiqué, et à mon « Livre de thérapeutique utérine et des maladies des femmes ». Je ne veux pas cependant abandonner le sujet des sédatifs sans jeter un coup d'œil général sur leur valeur relative.

Pour soulager les formes les plus légères des troubles cérébraux et ganglionnaires, rien n'est comparable au bromure de potassium ou d'ammonium, mais la jusquiame est presque toujours plus ou moins efficace et ne produit aucun mauvais effet lorsque l'usage en est continué longtemps.

J'ai moins l'expérience de la conicine, mais je crois qu'elle est plus utile lorsqu'il y a beaucoup de douleur dans le cordon spinal et perte de force dans les membres inférieurs.

Le chanvre indien (*Canabis indica*), lorsqu'il convient et est

donné souvent, a le grand avantage de ne pas produire de constipation ou d'échauffement. La belladone et l'atropine agissent admirablement en suppositoires ou en emplâtre, mais je ne les administre plus par la bouche. Quant à l'utilité de l'opium et de ses nombreux dérivés, je ne puis en parler trop hautement, soit comme agent topique soit comme moyen d'action sur tout l'organisme ; j'essaie d'abord la poudre de Dower, et ensuite la morphine, commençant d'abord par de petites doses, et continuant, comme je l'ai indiqué, par de fortes doses. Je n'ai pas hésité à recommander l'emploi quotidien de deux et trois grains d'acétate de morphine pendant plusieurs années, car je trouve que rien autre ne peut diminuer la faiblesse, apaiser les douleurs utéro-ovariennes, guérir l'hystérie, et rendre supportable une existence jusqu'alors intolérable. De tels cas sont très rares, mais ils peuvent bénéficier de l'usage habituel de doses exceptionnellement fortes de morphine ; l'acide cyanhydrique à hautes doses ne convient que lorsque la force est au-dessus de la moyenne, mais en petites doses, je trouve parfois qu'il est mieux supporté par les femmes nerveuses que les autres sédatifs.

Quoique le Dr Physick exagère quand il dit que « le camphre est fait pour les femmes, auxquelles il convient toujours, tandis qu'il est toujours mauvais pour les hommes ; » c'est un médicament très précieux.

Des vapeurs légères semblent se répandre comme une aura sur le système nerveux, l'excitant à augmenter son activité, poussant les capillaires à éliminer par la transpiration tout ce qui pèse sur les nerfs, soit que ce soit un liquide, un gaz, ou un fluide électrique qui les surcharge. Son effet est un affaiblissement de la douleur, une augmentation de la force et quelquefois une sensation de légèreté. Le camphre semble corriger l'influence toxique que possède le système de la reproduction sur le cerveau de quelques femmes, et ses propriétés anti-aphrodisiaques ont été souvent prouvées dans le priapisme et la nymphomanie. Il abat l'excitation sexuelle en agissant sur les nerfs cérébro-spinaux des organes externes de la génération, non sur le testicule ou l'ovaire. Le témoignage de Raspail, sur ce point, est d'une grande valeur, et il

dit que l'habitude de fortes doses ne peut empêcher la conception ni entraîner l'impuissance. Le camphre peut donc être employé pour apaiser l'excitation des organes génitaux à l'âge critique, s'il est administré à doses suffisamment élevées. Le castoreum, l'ambre gris, le musc sont des stimulants nervins qui sont souvent employés. Le castoreum étant le plus fréquemment en usage, je crois qu'il est le principal ingrédient de l'élixir utérin de Crolluis. Le chloral est, je crois, sans efficacité dans les maladies nerveuses des femmes ; son action uniforme qui ne provoque ni constipation, ni nausées, ni abattement, rend son adoption recommandable, dans quelques cas de troubles de l'innervation du cerveau ; l'inhalation de chloroforme ou d'une mixture de chloroforme et d'éther peut être poussée avec avantage jusqu'aux limites de la perte de connaissance.

Je ne puis abandonner ce sujet sans exprimer de nouveau un espoir que j'ai formulé dans les éditions successives : que les sédatifs soient plus systématiquement employés, au moment de la ménopause, qu'ils ne le sont maintenant, de telle façon qu'il soit permis à une femme d'éviter les effets surexcitants de la civilisation actuelle sur le système nerveux, et d'émousser le stimulus des organes de la reproduction, qui ne languit que dans un organisme troublé.

Sudorifiques. — Dans quelques pays, la question polie en rencontrant un ami n'est pas « Comment vous portez-vous ? » mais comment transpirez-vous ? Cette question peut s'appliquer aux femmes à l'âge critique ; les 201 sur 500 qui avaient une transpiration continuelle et les 84 qu'on a fait transpirer à plusieurs reprises pendant longtemps, montrent l'utilité des sudorifiques. Pour une femme, il est vrai, qui est momentanément soulagée par un écoulement critique de sang par la matrice, vingt ou plus tirent un avantage permanent d'une exhalation critique par la peau longtemps continuée. Ainsi je suis étonné qu'on n'ait pas insisté davantage sur l'utilité de la transpiration et les avantages qu'on peut recueillir des sudorifiques, surtout lorsque leur action s'exerce sur une immense surface et est suivie de l'élimination d'une

grande quantité de sels et de matière animale. Il est évident que les sueurs de cette période n'ont pas passé complètement inaperçues, car Siebold mentionne un cas de cessation soudaine de la menstruation suivie d'une abondante transpiration. Tissot fait aussi allusion à ce fait, en disant que, lorsque les fièvres intermittentes étaient fréquentes, il a vu une menstruation finir par une fièvre intermittente, qui, augmentant beaucoup les sueurs, délivra la malade des autres infirmités qui accompagnent si souvent cette transformation critique. Comme preuve de l'utilité des sueurs dans certaines affections de l'âge critique, je m'appuie sur quelques cas rapportés dans cet ouvrage. Le cas de Siebold m'en rappelle un, dans lequel le flux menstruel cessa subitement à 40 ans; depuis lors, elle n'a jamais souffert, mais elle eut des sueurs douces et continuelles jusqu'à 55 ans. Elisa S.., âgée de 52 ans, vit s'arrêter subitement le flux menstruel à 42 ans, après une saignée pendant la période menstruelle; jusqu'alors elle a eu une transpiration douce et constante sans douleur. D'un autre côté, lorsqu'une femme souffre plus que d'ordinaire de sensations douloureuses rapportées au creux de l'estomac, et d'une augmentation considérable du trouble cérébral, on peut être certain très fréquemment que la peau est habituellement sèche. Ce sont des « flux secs, » dans lesquels la peau n'est pas adoucie par la transpiration. Dans ces cas-là, une sueur profuse, soit par un effort de la nature, soit par un effet des médicaments, amène un prompt soulagement. Pour amener la sueur, je commence quelquefois par un émétique; plus fréquemment, une tablette d'acétate d'ammoniaque donnée à plusieurs reprises, lorsque la malade est au lit, est avantageuse. Lorsqu'il n'y a pas de tendance à la congestion cérébrale, j'ai donné des bains de vapeur, quoique je préfère généralement une transpiration douce et permanente amenée par un régime rafraîchissant, par des bains chauds et du soufre, dont je donne un ou deux scrupules une fois ou deux par jour.

BAINS. — Les 237 femmes qui souffraient beaucoup d'écoulements répétés, les quatre-vingt-quatre qui suaient habituellement

les quarante-deux qui présentaient des affections cutanées de différente nature, sont un témoignage de l'utilité des bains. Un bain chaud est une chose très simple, mais il agit dans beaucoup de cas. 1° Il débarrasse la peau des dépôts salins et autres sécrétions que laisse une transpiration continuelle ; 2° les veines de la peau absorbent une certaine quantité d'eau, qui apaise l'irritation cutanée et dilue le sang; 3° le bain chaud est un gigantesque cataplasme transmettant sa chaleur à toutes les terminaisons périphériques du système nerveux. Par une voie cachée, le bain chaud devient un correctif sûr de l'irritabilité nerveuse et un sédatif du système nerveux ; et lorsque l'on considère que ce gigantesque cataplasme est parfaitement maniable, que sa température peut être élevée ou abaissée suivant la sensibilité du malade ou la manière de voir du médecin ; que, tandis que le malade est dans l'eau chaude ou tiède, des applications froides peuvent être faites sur la tête et un jet d'eau froide dirigé sur l'abdomen, au moyen d'un tuyau de caoutchouc vulcanisé, de façon à apaiser la congestion locale, il n'est pas surprenant que les plus grands hommes aient, à des époques différentes, vanté l'utilité des bains dans les affections nerveuses et que dernièrement ils aient été remis en vogue, en France, dans le traitement des maladies mentales. En règle générale, je dis à mes malades de prendre un bain chaud par semaine et d'y rester une heure. La prévention contre les bains, excepté comme moyens de propreté, est si grande en Angleterre que je suis effrayé de demander aux malades de faire plus, mais, lorsque je veux obtenir les effets sédatifs complets des bains, j'ordonne franchement aux malades nerveux de les prendre à environ 93°, et d'y rester deux ou trois heures (1) en ajoutant de temps en temps de l'eau chaude, de façon à maintenir une température agréable. On obtiendra un effet sédatif plus grand en laissant refroidir graduellement l'eau jusqu'à environ 90° (2) ou même plus bas, et la quantité d'eau absorbée sera jusqu'à un certain point proportionnée à la basse température du bain.

(1) 93° Fahrenheit, 33°8 centigrades.

(2) 90° Fahrenheit, 32°2 centigrades.

Eaux minérales. — Les bains de mer froids sont hors de propos à l'âge critique. Quelques malades ont essayé des bains de mer chauds, sans en obtenir de résultat, tandis que d'autres ont eu la plus mauvaise opinion de leur usage, cependant je les ai trouvés utiles dans des cas de débilité datant de loin. Gardanne dit que les effets des eaux minérales sont plutôt désavantageux ; mais il ne dit ni comment ni où ils ont été pris, et il vient naturellement à l'esprit que si j'ai dit vrai au sujet de la valeur du soufre, des alcalins, des purgatifs et du fer, dans le traitement des maladies de l'âge critique, ces remèdes peuvent être également employés en eaux minérales et pris, soit à l'intérieur, soit en bains, d'autant plus que ces agents minéraux forment avec d'autres substances des combinaisons que la chimie ne peut imiter.

En dehors de ces importantes considérations, le débarras de tout soin domestique, le changement complet d'air, de nourriture, d'habits et de vue peut accroître la valeur des eaux minérales. Les eaux sulfureuses peuvent être bonnes, non-seulement dans les affections de la peau, mais dans beaucoup de cas de congestion des organes internes, et dans des cas de névralgies ganglionnaires anormales ; les eaux alcalines, comme Vichy, Ems, ne peuvent être trop prisées dans les cas d'affections opiniâtres des voies biliaires, de dyspepsie, de vomissements et de goutte. Les eaux salines de Hombourg et de Kissingen sont utiles dans les cas de dyspepsie et de constipation opiniâtre. Les eaux de Chalybeate, celles de Schwalbach et Tunbridge Wells sont très usitées dans la débilité chronique, la chlorose et, d'autre part, dans le traitement de quelques affections gastro-intestinales. Quelques bains sulfureux chauds, comme ceux d'Aix en Savoie, ou d'Harrogate, peuvent rendre des services dans la guérison des affections rhumatismales, de la névralgie lombo-abdominale, de la paralysie et dans beaucoup d'affections névralgiques. Quant à celle des villes d'eau qu'il conviendra de conseiller à la malade, celle-ci ne se mettra jamais en route sans consulter le médecin résident, qui sera le plus capable, par sa connaissance des lieux, de lui donner un avis sur la nature de l'eau minérale qu'elle doit prendre, aussi bien que sur le meilleur mode d'administration.

CAUTÈRES. — Je n'en parlerais pas si le Dr Churchill n'avait pas exprimé, avec Fothergill, sa manière de voir favorable sur l'utilité des applications de cautères et de vésicatoires aux femmes qui, dans le jeune âge,ont été délivrées de maladies cutanées ou autres par l'établissement de la menstruation. Il dit « j'ai essayé des cautères appliqués à diverses reprises ou des vésicatoires permanents et avec le plus grand succès. Ils aident certainement l'action des médicaments déjà mentionnés, et je pense qu'ils s'opposent au retour de ces congestions irrégulières que le Dr Fothergill a décrites. Gardanne et B. de Boismont parlent aussi favorablement de l'utilité des cautères comme préventifs des maladies de l'âge critique, mais je pense avec le Dr Aswell qu'ils sont rarement nécessaires, excepté lorsque les éruptions cutanées sont graves et qu'elles l'ont été dans la jeunesse.

En lisant attentivement cet ouvrage, le lecteur aura présent à l'esprit que les 500 femmes dont j'ai décrit les modes différents de souffrance, à l'âge critique, constituent une minorité, comparées à celles qui passent par cette période avec peu ou point de souffrance. Une hygiène bien réglée est tout ce qui est nécessaire pour assister en silence à l'accomplissement des lois de la nature ; je traiterai par conséquent de l'hygiène dans le chapitre suivant.

(A suivre).

ABLATION DE L'UTÉRUS PAR LA VOIE VAGINALE

Par le Dr Paul DEVECCHI.

San Francisco, Californie.

(Mémoire extrait de la Gazette médicale de Turin.)

—

Le 1er mars de l'année courante, j'ai fait l'ablation complète de l'utérus et d'une partie du vagin pour un épithélioma.

La patiente, femme de 53 ans, pesant 112 kilogrammes, a eu trois fils, le plus jeune a aujourd'hui 12 ans. La menstruation a toujours été régulière, excepté depuis un an, époque à laquelle elle commença à éprouver des troubles dans la périodicité des règles.

Dans les premiers jours d'octobre 1882, la malade ressentit, pour la première fois, du malaise et des douleurs dans la partie

inférieure de l'abdomen et sa santé, qui était autrefois excellente, commença à décliner, à tel point qu'elle dut réclamer les soins d'un médecin.

Il faut noter que sa mère est morte d'une affection maligne de l'utérus à 53 ans.

Quand je la vis pour la première fois, au commencement de février, je trouvai au toucher une masse un peu molle, de la forme d'un chou-fleur, et le haut de la partie postérieure du vagin infiltrée et noduleuse.

Le col utérin avait presque disparu et l'examen bimanuel permettait de sentir un utérus très augmenté de volume, légèrement rétroversé et mobile. La compression des ovaires ne provoqua aucune douleur. L'exploration fut suivie d'une hémorrhagie.

Comme il ne me restait aucun doute sur la malignité de l'affection, je proposai, comme recours extrême, l'ablation de l'utérus, en avertissant la famille des dangers que présentait l'opération et de la probabilité d'une récidive. Avant de décider une opération si grave, à la demande de la famille, les docteurs Nutt et Richter furent appelés en consultation. Après un examen approfondi, ils se trouvèrent d'accord avec moi, tant pour le diagnostic que pour l'opération, signalant toujours aux parents les dangers immédiats ou futurs. Pendant la dernière semaine de février, l'hémorrhagie fut arrêtée au moyen de tampons de coton salicylé imbibés de glycérine phéniquée et recouverts d'un mélange d'iodoforme et de seigle ergoté fraîchement pulvérisé. Le premier mars, il n'y avait pas d'écoulement de sang ni d'odeur venant de la tumeur.

La patiente fut éthérisée par le docteur Whitwell et resta en état de complète anesthésie pendant toute la durée de l'opération, qui fut de deux heures et demie. Elle n'eut pas de vomissements à la suite.

Opération. Après avoir sondé la malade et avoir lavé le vagin avec une solution de thymol. je la plaçai dans la position de Sims. Je fis, avec des ciseaux, une incision sémilunaire à la paroi antérieure du vagin et je pus détacher facilement avec les doigts le tissu conjonctif qui sépare la vessie de l'utérus,

Ensuite je fendis le péritoine, toujours avec des ciseaux, et passai le doigt sur le fond de l'utérus, puis, glissant sur la portion palmaire du doigt un crochet, je tirai doucement en avant et en bas le corps de l'utérus. Je plaçai un autre crochet au-dessus du premier et je tirai encore en le fixant.

La trompe de Fallope, le ligament large et l'artère utérine du côté droit furent, avec une certaine facilité, liés séparement, et l'utérus put ainsi être attiré plus en bas et au dehors, en disséquant avec les ciseaux la partie postérieure du vagin, afin de mettre à découvert et de lier les mêmes organes du côté gauche.

Mais le volume de l'utérus rendit cette manœuvre très difficile, c'est pourquoi, pour abréger l'opération, au moyen d'un fil de platine rendu incandescent avec l'appareil de Trouvé, je libérai rapidement le champ opératoire de l'utérus et du vagin. Je disséquai ensuite la portion du vagin infiltrée et noduleuse qui restait encore et, portant de nouveau le fil de platine, je sectionnai, enlevant ainsi tous les tissus qui paraissaient atteints. Je dus appliquer deux pinces longues de Kœberlé et trois de Péan pour arrêter une hémorrhagie peu grave cependant; et, craignant de perdre du temps à placer des ligatures, je les laissai en place.

Après avoir lavé le vagin avec une solution d'acide phénique à 5 p. cent et enveloppé les pinces de gaze phéniquée, je tamponnai le vagin avec du coton imbibé de glycérine phéniquée et je fis mettre l'opérée au lit.

Elle n'eut ni vomissements ni collapsus. A cinq heures après midi, je changeai pour la première fois le coton et je trouvai.

Pouls à 99 Temp. 37.7 et les jours suivants :

Le 2 mars	à 6 h.	du	matin	—	120	—	38.4
— 2	— 10	—	soir	—	110	—	38.4
— 3	— —	—	matin	—	92	—	37.7
— 3	— —	—	soir	—	90	—	37.5
— 4	— —	—	matin	—	100	—	38.4
— 4	— —	—	soir	—	94	—	37.4

Dans la matinée du 4 mars, j'enlevai les pinces, et, après avoir fait un lavage avec une solution de thymol, je pansai à l'iodoforme et à l'acide borique pulvérisé.

La température et le pouls, jusqu'au 9 mars, furent un peu au-dessus de la normale, mais y revinrent peu à peu avec de très légères variations. Une fois les pinces enlevées, l'urine qui avait été extraite jusqu'alors, au moyen du cathétérisme, trois ou quatre fois par jour, commença à s'écouler par le vagin, et un examen sérieux me fit apercevoir de l'existence d'un pertuis, à la partie supérieure de la vessie, long d'environ 2 centimètres et qui laissait pénétrer l'index.

Je recommandai de faire de fréquents lavages à l'eau chaude et je permis à la malade de se lever pour reprendre des forces.

La première opération de la fistule fut pratiquée par moi, le 29 avril, c'est-à-dire deux mois après l'enlèvement de l'utérus. Je dus la refaire deux fois avant que l'occlusion de la fistule fût complète. Pour chaque opération, je fus assisté des docteurs Nutt, Richter et Ollino. L'etat général de la malade est excellent et, comme elle le dit elle-même, elle jouit d'une nouvelle existence. Son aspect général a tellement gagné qu'il suffirait pour encourager les chirurgiens à pratiquer cette opération, quels que soient leurs doutes sur les conséquences immédiates et futures.

Dr R. F.

LES CAUSES MORALES DE LA STÉRILITÉ

Par le Dr Horatio R. Bigelow, Washington.

(*Mémoire extrait de la Gazette obstétricale de Cincinnati*).

Les gynécologues sont de plus en plus disposés à considérer les cas de stérilité soumis à leur observation comme dus à une cause congénitale ou physique. L'argument en faveur de l'éducation commune des sexes, de l'agrandissement des sphères d'action de la femme, de son admission en général dans la politique, de son égalité professionnelle et religieuse, par rapport à l'homme, perdrait sa valeur si on pouvait oublier la distinction des sexes.

Par une force de caractère qui lui est propre, elle s'est fait elle-

même une place parmi les agents actifs de la civilisation et a imposé la reconnaissance de ses droits ; sa position est bien différente de celle qu'elle occupait dans les anciennes races, lorsqu'on la considérait comme un simple animal, créé pour la satisfaction sensuelle des hommes ou pour le labeur commun d'une vie agricole. Les différences physiques caractéristiques des sexes et les fonctions spéciales qui s'y rattachent nécessitent des différences de vocation, de telle sorte que hommes et femmes ont chacun un rôle spécial à remplir dans la vie.

Il est une habitude, chez quelques penseurs avancés du sexe féminin, de railler et de tourner en ridicule l'expression « une sphère de femme », comme si ces mots contenaient en eux-mêmes quelque chose de déshonorant, ou comme s'ils diminuaient l'étendue de ce qu'elles sont capables de faire, ou limitaient leur utilité, en dehors de leurs aptitudes physiologiques.

On a invoqué la fonction maternelle comme un argument contre la possibilité de leur faire partager les responsabilités et les tracas de la vie d'affaires, pour les discréditer, et le droit sacré de la maternité a été transformé en une médisance. Raisonner d'après des cas individuels ou citer comme défense d'une théorie le peu d'exemples sporadiques où les femmes ont réuni ces deux qualités est un genre de logique manquant d'éléments de succès. Les enseignements ésotériques et les exemples cités par les propagateurs se trouvent contrebalancés par ce qu'apprennent les incidents journaliers de la salle d'étude et de la vie privée.

Les artifices dont usent les gens mariés, pour limiter leur progéniture, sont si abominables en eux-mêmes et si condamnables au point de vue de la santé physique et morale, qu'il est du devoir des maîtres d'élever leurs voix contre ces moyens. Il est probable que ces pratiques deviendraient beaucoup plus générales si la femme se livrait à des travaux tels que l'accroissement de la famille pourrait être un obstacle à son activité. Je ne crois pas qu'une femme puisse devenir mère d'enfants bien constitués si elle est continuellement préoccupée par les soucis de son état, par l'excitation ou le désappointement des affaires ou si elle s'engage dans des occupations qui détruisent le parfait équilibre de l'es-

prit et du corps. Elle ne peut certainement pas ignorer les exigences physiologiques auxquelles elle est soumise.

Je ne me base pas sur des exceptions, mais sur le sexe en entier — non pas sur la femme telle qu'elle était, mais sur le sexe tel qu'il est aujourd'hui, en rapport avec les progrès de la civilisation. Beaucoup de forces sont mises en jeu pour imprimer à la force physique de la femme son caractère et pour déterminer son processus physiologique qui n'existaient pas autrefois. Il est illogique de tirer des déductions d'un passé dans lequel leur manière de vivre était essentiellement différente.

Mon excuse de m'appesantir sur la question de stérilité, s'il est besoin d'une excuse, me sera fournie par les nombreuses publications du moment, dans lesquelles cette thèse est traitée, soit séparément, soit en rapport avec d'autres sujets, par les meilleurs écrivains. C'est une question discutée sous un point de vue par les femmes, sous un autre par les réformateurs de la société et encore sous un autre par les maîtres. *Tempora mutantur, et nos mutantur in illis.*

Il est une cause physique dans la question de la stérilité qui demandera d'être traitée séparément. Les subdivisions, au point de vue moral, qu'il me semble nécessaire d'établir, sont les suivantes :

1° Limitation de la progéniture ou onanisme conjugal.

2° Influence de la société et de la civilisation.

3° Perversion des rapports sexuels.

4° Incompatibilité de sentiments.

5° Mariages consanguins.

Il y a beaucoup d'autres facteurs en œuvre, qui, à première vue, peuvent paraître agir primitivement, mais on reconnaîtra, à mesure que la discussion avancera, qu'ils sont compris dans une des cinq divisions et qu'ils ne sont que les manifestations de plus grandes vérités cachées.

L'âge moyen du mariage, par rapport à l'accroissement de la famille, sera considéré comme faisant partie de la 2^{me} subdivision; (« L'influence de la société et de la civilisation »).

Le célibat forcé dépendra aussi du même chapitre. Il ressortira

immédiatement d'un examen intelligent des différentes branches de ce sujet, considéré à la fois sous son aspect individuel et social, qu'il s'offre constamment un nombre infini de causes excitantes et prédisposantes qui prennent une valeur plus ou moins grande.

En règle générale, elles peuvent toutes être classées et considérées comme des parties des divisions déjà faites. De cette façon, nous éviterons la confusion. Je préfère commencer par les causes morales de la stérilité, parce que leur nature complexe et le peu de fréquence avec laquelle on les traite demandent plus d'attention et de temps que ne feraient les causes physiques, qui sont familières à tout gynécologue. Dans un certain sens, nous nous appuyons sur des bases peu sûres. On ne peut pas encore établir mathématiquement une formule exacte, parce que nous ne connaissons rien de stable en rapport soit avec l'homme, soit avec les animaux domestiques.

On peut tirer de fortes probabilités de l'expérience clinique et une déduction également sérieuse de la comparaison de certains faits authentiques, mis en corrélation avec d'autres, qui ont une existence sérieusement présumable. La théorie de la *Pangenèse* qui localise des expressions spéciales de caractère dans des milliers de petits germes, lesquels germes peuvent exister à l'état latent pendant des générations ou être mis en activité par une affinité subite, reconnaît certainement la stérilité par héridité, tout comme elle accorde d'autres particularités par héridité d'ancêtres aux germes actifs.

Cette question de stérilité par transmission, comme caractéristique de certaines familles, est si étroitement en rapport avec les mariages entre parents, que j'en renverrai la discussion jusqu'au moment où le chapitre des mariages consanguins réclamera notre attention.

Onanisme conjugal. La civilisation est dure pour la femme. Poussée à faire des efforts au delà de ses forces, excitée par des ambitions qu'elle ne peut réaliser, avec des occasions directement ou indirectement restreintes par son sexe, quelque avantage que la civilisation ait pu lui apporter, on ne peut nier qu'elle a perdu la tranquillité et en la perdant elle a beaucoup perdu. Partout,

chez tous les êtres animés, la nature réclame le repos dans ses actes les plus importants et les plus sérieux ; celui de perpétuer la race humaine incombe à la femme. Elle atteint son état de femme complet, ornée de ses capacités natives, dont l'influence toujours présente veille sur le développement de l'esprit et du corps. A l'âge mûr, son sexe la protège et, lorsque la fécondité est épuisée en elle, son influence plane encore sur elle, comme une gloire, jusqu'à son dernier jour. La marche rapide des événements laisse aux hommes peu de temps pour se faire aux situations constamment variables, tandis que les femmes sont faites pour résister à des charges toujours lourdes et quelquefois plus lourdes qu'elle ne peuvent les supporter. Il ne m'appartient pas de décider de la responsabilité ou de proclamer le parfait remède. Il est suffisant pour ce que nous nous proposons, de certifier les faits. Et je crois que l'hygiène imparfaite de la femme est une source féconde en maux, pour elle en particulier, et pour la race en général. Quant aux hommes, en somme, ils poursuivent très bien leur route à travers la civilisation, malgré de fortes tendances au mal. Tout au moins, il survit assez d'hommes doués d'une saine vigueur pour soutenir une race vigoureuse. Si la race humaine dégénérait actuellement, cela tiendrait à la dégénération de la femme ; et une cause qui contribue, selon moi, plus que toutes les autres, à la dégénération de la femme, c'est l'irrégularité de sa vie sexuelle ». — Charles Fayette Taylor, « Effet de la mauvaise hygiène de la fonction sexuelle sur les femmes, » (*Journal d'obstétrique Américain*, janvier 1882).

Le Docteur William Goodell, dans ses « Leçons de Gynécologie » page 430-432, s'exprime ainsi :

« Il y a certaines causes de maladies utérines que je passerais avec plaisir sous silence, car il est difficile d'en parler dans un langage acceptable. Mais les maux qui en résultent sont si nombreux et si étendus, que les laisser de côté serait une omission flagrante. « Deux choses ne reviennent pas » disait le Calife Omar, « Le trait lancé et le mot prononcé. » Profondément impressionné par la sagesse de cette maxime, j'essaierai de parler de ces sujets délicats de façon à ne jamais regretter ce que j'aurai dit.

Partant d'un point de vue strictement pratique et nullement sentimental, mais toujours avec respect, je soutiens que l'échange de l'amour entre l'homme et la femme n'est pas une simple opération de l'esprit, ni un acte purement intellectuel. Quelque pure que puisse être cette passion, elle est nécessairement double de sa nature. C'est un mélange fait comme nous le sommes nous-mêmes, du corps et de l'esprit; la forme la plus matérielle est si intimement liée à la plus éthérée que l'une trouve son expression la plus passionnée dans la jouissance de l'autre. L'amour abstrait entre les sexes ne peut, par conséquent, exister dans un autre sens que celui qui résulte des liens du sang. Oublieux de cette loi humaine, les sentimentalistes ont jugé trop sévèrement Abeilard et ont prodigué une sympathie trop exclusive à Héloïse. Donc, sans faire plus de commentaires, les relations d'avant le mariage, du moins telles qu'on a coutume de les pratiquer dans ce pays — et je crois dans aucun autre — apportent, lorsqu'elles se prolongent, de très grands désordres dans la santé des jeunes filles. Les longues fiançailles, qui entretiennent un éréthisme nerveux, épuisant, ne sont pas seulement reconnues, mais encore sont classées, par les médecins aliénistes, comme une des causes de la folie chez les femmes. Le plus fréquemment l'excitation nerveuse porte sur les organes de la reproduction, car ceux-ci subissent un réveil des sens qui n'est pas, comme chez l'homme, apaisé par la distraction des occupations et des affaires. Le médecin bon observateur s'apercevra mille et mille fois d'un trouble utérin de cette nature. Il est vrai qu'en affaire d'amour le médecin ne doit pas être trop chercheur; et faire la lumière n'est pas certainement son affaire. Mais comme un ami sûr et estimé, comme un camarade bien aimé, il peut parler à cœur ouvert, tandis que d'autres ne peuvent même pas parler à demi mot, ou quand la mère le consulte, effrayée par des symptômes qu'elle a observés chez sa fille et qui sont absolument en rapport avec les organes sexuels, il peut en découvrir la cause et ainsi se trouver à même de hâter la guérison. Si les caresses des amants sont préjudiciables à la bonne santé, tout rapport semblable entre les sexes pourra exposer aux mêmes dangers. Dans beaucoup de districts ruraux et dans les

basses classes des citoyens, où cette licence est permise dans les rapports sociaux entre la jeunesse de chaque sexe, elle doit avoir les plus fâcheux effets sur la santé et la morale.

Les excès de la lune de miel, joints aux fatigues et aux souffrances, sont trop souvent des points de départ d'affections utérines. Là encore, le médecin de la famille donnera son avis avec délicatesse. En choisissant ses mots, il peut donner à entendre qu'il faut de la modération en toutes choses, et éviter les fatigues habituelles des voyages et des veilles. Il doit, de plus, prendre connaissance des rapports sexuels entre mari et femme, rapports qui, lorsqu'on en abuse, produisent beaucoup de désordres. Tout excès dans ce genre doit être fortement blâmé. Il faut aller au devant d'une fougue importune et d'une affection trop soumise, par l'usage de lits séparés, de chambres sans communications, et, si besoin est, par de vives remontrances.

Tout avortement criminel doit être dénoncé, et cela hardiment, si le médecin estime à leur juste valeur la santé et le bonheur de ses semblables et une conscience nette devant Dieu et devant les hommes. Mais il y a encore d'autres fautes secrètes qui, comme le fléau des grenouilles, envahit les « maisons, les chambres à coucher et les lits » fautes qui, bien que viles et honteuses, nous regardent comme médecins. Le sage fils de Sirach a établi cette vérité abstraite que « la science du mal n'est pas la sagesse », et encore, pour l'interprétation exacte des maladies, nous devons rechercher avec courage les causes soit morales soit physiques, quelque dégoûtantes ou impures qu'elles puissent être. Bientôt, dans la pratique de votre profession, vous rencontrerez, je suis fâché de le dire, beaucoup de vos clients qui auraient pu être chefs de nombreuses familles et qui pratiquent de détestables artifices pour éviter d'avoir des enfants. D'un autre côté, vous serez consulté, peut-être même vivement pressé par des maris et aussi par des femmes, pour leur enseigner un moyen d'avoir des rapports sans courir les risques de la grossesse. Vous serez aussi consulté pour des infirmités de l'esprit et du corps résultant de ces erreurs-là et d'autres encore. Vous ne devez pas cependant vivre ignorant de l'existence de ces coupables et être par conséquent incapable de

lutter avec eux. Il est cependant si difficile de discuter sur de tels sujets, dans un langage acceptable, que j'avoue en être écœuré et que je vous renverrais bien plus volontiers à un manuel approprié, s'il en existait. Mais malheureusement, il n'en existe pas sur ces sujets, quoique notre pays soit inondé d'une littérature brûlante traitant des rapports conjugaux. D'imprudents charlatans ou des hommes de réputation entachée ne peuvent vous servir de guides; il vaut bien mieux, pour vous, recevoir un nouveau coup d'escrime d'un fleuret ami qu'un coup de poignard d'un ennemi.

Vous avez tous eu une éducation religieuse et vous respectez les enseignements de la Bible ; voyons quelle lumière ils jettent sur les rapports conjugaux.

Les premières paroles que Dieu adressa à nos premiers parents furent la bénédiction et le commandement suivants : « Et Dieu les bénit, et Dieu leur dit croissez et multipliez et peuplez la terre. » La même bénédiction et le même commandement furent donnés exactement dans les mêmes termes à Noé. Abraham et Ismaël reçurent la même bénédiction et Isaac la reçut trois fois.

Les enfants de Laban envoyèrent leur sœur Rebecca de la même manière. « Donnez-moi des enfants, ou sinon je mourrai » fut le cri de Rachel. Jacob appelait sa progéniture « les enfants que Dieu a bien voulu accorder à son serviteur ; » et le même patriarche, en mourant, se soulevait sur son bâton pour appeler avec plus de solennité sur son bien-aimé fils Joseph « les bénédictions des seins et de la matrice. » Le psalmiste déclare que « les enfants sont un héritage du Seigneur, et le fruit de la matrice est sa récompense ». Tandis que la malédiction prononcée sur des idolâtres, par un prophète en courroux, est celle-ci : « Donnez-leur une matrice stérile et des mamelles sèches. » Dans l'Exode, nous lisons que si un homme « prend une seconde femme, il ne doit priver la première ni de nourriture, ni de vêtement, ni des devoirs du mariage ». Partout, dans le vieux Testament, vous trouverez que la fécondité était considérée par les Juifs et Païens comme la plus grande bénédiction terrestre et que, comme telle, elle était la récompense des bons et que, comme telle aussi, elle était refusée aux méchants ; vous saurez comment Dieu regardait la profana-

tion de cette bénédiction, par l'histoire d'Onan, qui mourut pour avoir désobéi au divin commandement, en employant une fois les « mesures préventives » en vogue aujourd'hui. Nous trouvons encore, dans le nouveau Testament, St-Paul donnant l'avis suivant aux chrétiens mariés à Corinthe : » Ne vous trompez pas l'un l'autre, que Satan ne tente pas votre incontinence ; que le mari rende à sa femme les devoirs auxquels il est soumis et de même la femme à son mari », etc...

L'instinct sexuel a été donné à l'homme pour la conservation de l'espèce ; mais afin d'annoblir cette faculté et d'établir des limites contre l'abus, il a été sagement établi que une qualité purement intellectuelle — celle de l'amour — trouverait son expression la plus élevée dans la satisfaction de cet instinct. Séparez l'un de l'autre et l'homme s'abaisse au-dessous du niveau de la brute. Détruisez la réciprocité de l'union et le mariage n'est plus une association d'égal à égal, mais une tyrannie sensuelle d'un côté et une soumission inépuisable de l'autre. Considérez les effets moraux de ces honteuses manœuvres ; le mariage dégénère en libertinage ; la femme est avilie au rôle de maîtresse ; l'amour se change en aversion et en haine. Sans encourir aucune pénalité, l'homme ne peut troubler les conditions de son bien-être ou dépasser ses limites. Qu'il transgresse ses lois physiques et la nature exige une punition ; qu'il ose violer ses obligations morales et la divinité offensée est toute prête à les venger. Le mari souffre mentalement, parce que l'homme ne peut se sentir dans une voie si indigne, sans éprouver un sentiment poignant de son propre abaissement, sans être aiguillonné par le remords. Il déshonore le corps, temple de l'âme, et il déshonore l'âme. De plus, par sa lâche retraite, sa jouissance est tellement émoussée qu'il essaie de chercher ailleurs des plaisirs qui lui sont refusés chez lui. En outre, il souffre physiquement, parce que, bien qu'il traverse la crise de l'acte sexuel et la complète dans ce sens, cependant, par suite de ce qu'il se retire juste avant le moment de l'éjaculation, l'acme de l'orgasme, par le manque de l'adjuvant normal et nécessaire — par exemple, la rugosité et la constriction du vagin — n'est pas suffisamment prolongé pour

vider complètement les vaisseaux déférents. Il reste assez de sperme dans ces vaisseaux pour taquiner ses organes et exciter chez lui des désirs trop pressants pour qu'il puisse y mettre un frein. Il est ainsi entraîné à des excès sexuels tels que ni le cerveau ni le corps ne peuvent les supporter longtemps, car un écoulement constant du liquide fécondant exige une dépense constante de force nerveuse. Un épuisement et une décrépitude prématurée seront le résultat inévitable de cette pratique de « l'onanisme conjugal », s'il y persiste. Ce mot n'est pas une fausse expression; car il n'y a pas de différence essentielle entre cette habitude et la masturbation.

La femme souffre le plus parce qu'elle pèche et qu'on pèche envers elle. Elle pèche parce qu'elle élude le devoir pour lequel elle a été créée. Elle est offensée parce qu'elle est fraudée de ses droits. Un coït normal et loyal, entièrement accompli, satisfait si bien un instinct important, que les congestions locales qui l'accompagnent sont tout à coup effacées et qu'à une grande excitation nerveuse succède un repos complet de l'esprit et du corps. D'un autre côté, l'onanisme conjugal provoque chez elle des désirs qui demandent impérieusement cette jouissance qui lui est refusée par la nature de l'acte. La stimulation exagérée de tout l'appareil de la reproduction n'est pas apaisée. Une surexcitation nerveuse continue, maintient l'éréthisme sexuel et l'hypéresthésie des parties.

En manquant aux règles conjugales, elle n'obtient pas cet effet nécessaire qui relâche la tension des muscles qui entrent dans la texture des tissus érectiles. De là, l'orgasme congestif du vagin, de la matrice, des trompes et des ovaires ne se dissipe pas instantanément, mais persiste pendant quelque temps; — peut-être n'a-t-il pas disparu complètement avant qu'un autre coït vienne apporter un nouvel à-compte.

Ainsi se produisent les engorgements, les érosions et les déplacements de l'utérus et l'inflammation de ses annexes, accompagnés naturellement de ces manifestations physiques et intellectuelles dont je vous ai souvent parlé. La femme se fait une idée fausse de la vie et du ménage et se prend de haine pour son mari, auteur de tous ses maux.

De plus, par suite des effets accumulés de telles pratiques, la stérilité, cherchée par ces expédients coupables, est par elle-même une source de maladie.

Chez les femmes stériles, l'absence de grossesse et d'allaitement empêche qu'il se produise une rémission dans le retour continuel du flux menstruel et les congestions physiologiques de l'utérus, accrues par les congestions sexuelles sont, par leur répétition incessante, susceptibles de devenir pathologiques. Ajoutez à cela les congestions persistantes, résultant des rapports incomplets, et une source abondante de troubles utérins ou hépatiques pourra se manifester.

Mais pour terminer cette digression, il y a d'autres artifices mis en œuvre pour arriver à éviter la conception, qui doivent effrayer les publicistes et les hommes d'Etat. Car, aussi méprisables qu'ils soient, ils ont reçu ouvertement la sanction de ces économistes politiques Anglais, qui oublient que les crimes, les vices et les souffrances de l'humanité, dans leur pays, sont dues moins à « la trop grande population et aux nombreuses familles » qu'à l'absentéisme, aux lois de primo-géniture et de substitution, à l'avarice sordide des riches, à l'intempérance, à l'ignorance et au dénûment des pauvres. Tous ces expédients agissent en s'opposant directement à l'accès des spermatozoïdes dans la cavité utérine, en les détruisant, ou en les enlevant, mais ils sont tous également nuisibles à l'esprit et au corps.

S'il est imprudent, pour un estomac très échauffé, de recevoir un verre d'eau, son breuvage naturel et habituel, combien plus sera-ce dangereux d'inonder la matrice très congestionnée avec des liquides étrangers, comme des injections simples ou astringentes. D'un autre côté, ces combinaisons mécaniques, pour enrayer l'action des spermatozoïdes, émoussent tellement la jouissance qu'elles poussent à l'infidélité ou à son abandon. En outre, ainsi que d'autres maîtres, je suis porté à croire que la grossesse est une condition nécessaire à la santé et aux heureux mariages et, de plus, que le coït est inoffensif seulement quand il est complet pour le mari et pour la femme et quand le liquide fécondant baigne les organes de la reproduction. (*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE.

Séance du 6 *Novembre* 1883. — *Présidence de* M. HARDY.

DE LA PATHOGÉNIE DES ACCOUCHEMENTS PRÉMATURÉS. — *M. Hervieux* a, sur ce sujet, des idées différentes de celles qui sont généralement admises : aussi c'est sur un grand ensemble de faits qu'il veut appuyer son opinion : 16,176 accouchements ont été pratiqués à la Maternité depuis l'entrée de M. Hervieux jusqu'au 31 décembre 1872. Sur ce nombre, plus de 5,000 sont arrivés avant terme. La proportion pour 100 des accouchements prématurés a varié de 33 à 41, de 1863 à 1872, tandis qu'elle a varié de 27 à 18, pendant les six années suivantes. Les années 1870 et 1871 ont été marquées par le minimum de cette période.

Les vicissitudes atmosphériques sont choses variables et temporaires, qui ne peuvent exercer aucune influence sur d'aussi longues périodes. Les vétérinaires ont montré que, dans les étables, l'avortement était épidémique. Pourquoi n'en serait-il pas de même dans l'espèce humaine? C'est d'ailleurs ce qu'a démontré un professeur agrégé de la Faculté de médecine de Montpellier.

A la Maternité, la période pendant laquelle les accouchements prématurés ont été les plus nombreux est également celle où la fièvre puerpérale a le plus sévi, et inversement, le nombre des avortements a diminué, lorsque le fléau puerpéral a commis moins de ravages.

Plus une femme enceinte séjourne dans un milieu infecté, plus elle a de chances d'accoucher avant terme. Comme conclusion, en temps d'épidémie, les femmes enceintes ne doivent être reçues dans les maternités que lorsqu'elles sont aussi rapprochées que possible du terme de l'accouchement.

(*La France médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre. — Présidence de M. Guéniot.

Absence du col utérin. — M. le secrétaire général lit une note de M. le docteur Mascarel (de Châtellerault), membre correspondant, sur un cas d'absence complète du col de l'utérus. Il s'agit d'une femme de trente-sept ans, n'ayant jamais eu d'enfants, se plaignant de douleurs vagues dans le ventre. Par le toucher vaginal il est impossible de trouver quoi que ce soit qui ressemble au col. On trouve au fond du vagin un orifice qui conduit dans l'utérus. Le toucher rectal permet de reconnaître que le corps de l'utérus a son volume à peu près normal. En résumé, le museau de tanche fait complètement défaut. Cette femme est bien réglée. Il y a lieu de se demander, si elle devenait enceinte, s'il ne serait pas indiqué d'intervenir chirurgicalement.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DE REIMS.

Séance du 4 avril 1883. — Présidence de M. Brébant.

Kyste de l'ovaire. — M. H. Henrot montre un kyste de l'ovaire provenant d'une malade de 22 ans, qui a été présentée à la Société le 20 décembre dernier. La tumeur avait évolué rapidement ; au début, on s'était demandé si l'on n'avait pas affaire à une grossesse ; puis la production s'était étendue, remontant jusqu'aux mamelons et descendant au pubis ; une première ponction, faite le 22 juin, n'avait évacué que du liquide ascitique ; une autre, un mois plus tard, avait donné en outre issue à du liquide eau de roche, sans crochets ni albumine vraie. Après l'évacuation, la tumeur semblait reliée au foie par une sorte de pédicule ; aussi hésita-t-on sur l'intervention opératoire, se demandant si on était en présence d'un kyste de l'ovaire ou d'une production dépendant de l'organe hépatique. Les ponctions furent successivement répétées, et évacuèrent des liquides de colorations diverses ; deux séances d'électrolyse furent faites en août et octobre 1882. Après une amélioration momentanée, l'état

général s'aggrava et, en vue d'éviter la répétition fréquente des ponctions, M. H. Henrot ouvrit la poche au thermo-cautère et y plaça un gros drain qui permit des lavages phéniqués. La malade s'épuisa peu à peu et mourut d'inanition.

A l'autopsie, on ne trouva d'autres lésions que celles de l'ovaire droit. L'utérus est normal ; la trompe droite est hypertrophiée et allongée ; l'ovaire correspondant a disparu et le kyste est évidemment formé à ses dépens. Celui-ci présente trois poches principales : l'une est polikystique, une autre est celle qui a été drainée et lavée ; au niveau de l'ouverture faite par le thermo-cautère existent, entre le kyste et la paroi abdominale, des adhérences encore molles, mais suffisantes pour empêcher le passage du liquide dans le péritoine. Enfin, une troisième poche, située à droite, adhère en haut assez intimement à la face inférieure du foie, et il est probable qu'en ce point on aurait eu quelques difficultés si l'on avait pratiqué l'ovariotomie ; d'autres adhérences unissaient la paroi kystique au cœcum. C'est dans cette poche qu'avaient pénétré les aiguilles à électrolyse ; le point exact de leur pénétration est indiqué par quelques filaments celluleux, lâches, que l'on aperçoit à la face interne de la paroi abdominale. Dans l'intérieur même de la poche, existent des prolongements sous forme de végétations ; l'examen histologique permettra seul d'en déterminer la nature.

(*Union médicale et scientifique du Nord-Est.*)

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE
NORMALES ET PATHOLOGIQUES DE BORDEAUX.

Présidence de M. le D[r] PITRES, *président. Procès-verbal de la séance du* 19 *décembre* 1883. *Supplément.*

M. Chambrelent présente à la Société le résultat de quelques expériences qu'il a entreprises, dans le courant du mois d'octobre de cette année, en collaboration avec M. le D[r] Roux, et les conséquences qu'il croit devoir tirer de ces expériences.

Jusqu'à ces derniers temps, la plupart des gynécologistes niaient que les corps solides, quelque ténus qu'ils fussent, puis-

sent passer de la circulation de la mère dans celle du fœtus. Ils s'appuyaient sur les expériences faites en Allemagne par Brauell et en France par Davaine, qui avaient reconnu que les bactéridies du charbon bactéridien ne pouvaient traverser le placenta. Cependant, en 1881, MM. Arloing, Cornevin et Thomas avaient constaté que la bactérie du charbon symptomatique se retrouvait dans le sang des fœtus dont les mères avaient été atteintes de cette affection.

M. Chambrelent a songé à se servir, dans ses expériences, d'une maladie parfaitement connue aujourd'hui, le choléra des poules, qui est constituée par la présence dans le sang des animaux qui en sont atteints d'un microbe infiniment petit, et que tout fait prévoir devoir se rapprocher beaucoup des éléments figurés des différentes maladies virulentes humaines, telles que la variole, l'érysipèle, la septicémie, etc.

Ces expériences ont été faites dans le laboratoire de la Faculté des sciences de Bordeaux, que M. le Dr Gayon avait gracieusement ouvert à MM. Roux et Chambrelent.

Ces expérimentateurs ont inoculé le choléra des poules à des lapines pleines. Toujours ils ont pu constater que le sang des fœtus contenait des microbes. Ce sang des fœtus inoculé à des lapins reproduisait chez ces derniers la même affection. Enfin, les cultures faites avec le sang des fœtus permettaient de constater que ce liquide devait contenir le micrococcus spécifique de la maladie inoculée à leur mère.

Seulement, tandis que les animaux inoculés avec le sang des mères mouraient très rapidement et quelle que fût la quantité de sang qu'on leur injectât, les animaux inoculés avec le sang des fœtus ne mouraient que bien plus lentement et quelquefois résistaient à cette inoculation, quand la quantité du liquide injecté paraissait ne pas être suffisamment abondante.

De plus, les cultures qui avaient été ensemencées avec le sang des fœtus cultivaient d'une façon moins constante que celles qui avaient été ensemencées avec le sang des mères.

M. Chambrelent conclut donc de ses expériences, faites en collaboration avec M. Roux, que le placenta ne doit plus être considéré comme un filtre empêchant le passage de tout élément figuré de la circulation maternelle à la circulation fœtale.

Dans une communication faite il y a quelques jours à la So-

ciété de Biologie de Paris, M. Straus annonce qu'il est aussi arrivé à constater la présence du microbe du choléra des poules dans le sang des fœtus.

Le sang du fœtus est virulent comme celui de la mère, disent MM. Straus et Chambrelent.

M. Chambrelent insiste sur ce fait, qui résulte de ses expériences, c'est que le sang du fœtus est moins actif que celui de la mère.

Cela peut tenir à ce que le placenta ne laisse passer qu'un petit nombre de microbes. *M. Chambrelent* se demande s'il n'y aurait pas là une véritable atténuation du virus.

On sait, en effet que, jusqu'à présent, plusieurs méthodes ont été employées pour arriver à ce résultat si important de l'atténuation du virus.

M. Toussaint et l'école de Lyon se sont servis de l'action de la chaleur, M. Pasteur et ses élèves ont eu recours à l'action de l'oxygène de l'air. M. Peuch (de Toulouse) à la dilution du virus dans un liquide. Enfin, M. Chauveau prétend être arrivé à atténuer un virus en le faisant passer plusieurs fois sur un filtre. N'aurait-on pas un procédé tout naturel d'atténuation dans le passage du virus de la mère à son produit ! Certains faits cliniques ne semblent nullement en désaccord avec cette idée.

M. Arnozan demande à M. Chambrelent s'il n'a pas cherché à s'assurer que le sang du fœtus inoculé en assez petite quantité pour ne pas faire périr un animal, ne pouvait communiquer à cet animal l'immunité vaccinale.

M. Chambrelent répond que, sans avoir cherché d'une façon spéciale à vérifier ce fait, il lui est arrivé, dans le cours d'une de ses expériences, d'avoir à faire à un lot de lapins, dans lequel se trouvait un lapin ayant résisté à une inoculation faite avec du sang de fœtus. Dans l'inoculation des lapins de ce lot, ceux qui étaient vierges de toute inoculation périrent, tandis que le premier résista.

(*Journal de Médécine de Bordeaux.*)

REVUE DE LA PRESSE

PHLÉBITE UTÉRINE SUPPURÉE POST-PUERPÉRALE TERMINÉE PAR COAGULATION ET SUIVIE DE GUÉRISON.

Hôpital Tenon. — Service de M. le Dr Gérin-Roze

Par H. Luc, Interne du service.

Le diagnostic qui forme le titre de cette observation n'est qu'une hypothèse que l'autopsie seule eût pu confirmer. Nous dirons par la suite sur quelles raisons nous avons cru pouvoir l'appuyer et ce qui nous le fait considérer comme une probabilité, sinon comme une certitude.

Voici d'abord les faits rapidement résumés :

Le 16 septembre, la nommée Pellugrine, 24 ans, d'origine italienne, accouchée dans le jour auparavant, est admise avec son enfant au lit n° 7 de la salle de la crèche.

Elle parle à peine le français, en sorte qu'il est difficile d'obtenir d'elle des renseignements sur la façon dont s'est opéré son accouchement.

A son entrée elle ne présente qu'un certain état fébrile sans prédominance vers aucun appareil. Le ventre est légèrement ballonné, mais *parfaitement indolent*, et le toucher vaginal ne révèle rien d'anormal du côté de l'utérus et du cul-de-sac.

La température, pendant les deux premiers jours, oscille entre 38 et 39.

Le 18, nous trouvons la malade blottie sous ses couvertures et en proie à un frisson intense qui se prolonge pendant plus d'une heure.

Le thermomètre placé par nous-même dans l'aisselle, pendant le frisson, s'élève à 41°,9. Le lendemain matin la température retombe à 37°. La malade reprend son entrain. Le ventre est toujours indolent. L'examen attentif et réitéré des divers organes n'y décèle aucune modification morbide.

Le 20, à 11 heures du matin, nouveau frisson prolongé avec élévation thermique au chiffre de 40°,5.

A partir de ce jour, la malade prend quotidiennement 1 gramme de

sulfate de quinine et reçoit plusieurs fois par jour une injection vaginale phéniquée.

Les jours suivants les frissons se répètent et la température oscille entre 38,5 et 40°.

Le 30, apparition d'un œdème douloureux au membre inférieur gauche. Pendant les premiers jours d'octobre cet œdème progresse du pied vers la racine du membre, s'accompagnant du développement du réseau veineux superficiel.

En même temps les frissons continuent à se montrer d'une façon irrégulière, mais sans perdre de leur violence : la température axillaire offre des écarts énormes. Ainsi, du chiffre 41° où elle se maintenait pendant la journée du 8, elle tombe le 9 au-dessous de 35°. Les jours suivants, la température oscille entre 38°5 et 39°5. L'œdème diminue au membre inférieur gauche, mais il se montre le 12 à la jambe droite. Pendant la seconde moitié d'octobre, les frissons surviennent encore, mais avec une fréquence et une intensité décroissantes. A partir du mois d'octobre, la malade entre en convalescence : son double œdème s'est dissipé, et la température reste normale.

Elle quitte l'hôpital parfaitement guérie, le 7 décembre.

*Réflexions.*En présence des phénomènes présentés par cette femme, plusieurs hypothèses s'offraient à l'esprit.

On pouvait craindre tout d'abord une complication inflammatoire, développée autour de l'utérus (pelvi-péritonite, lymphangite, phlegmon), mais l'absence constante de douleur et d'empâtement au bas-ventre et dans les culs-de-sac vagino-utérins fit bientôt renoncer à cette idée.

Cette femme ayant longtemps vécu en Italie, pouvait en avoir rapporté quelque germe de fièvre palustre : c'était une seconde hypothèse que nous firent abandonner l'absence de type fébrile régulièrement intermittent, l'état normal de la rate, mais par-dessus tout l'inefficacité absolue du sulfate de quinine. Nous songeâmes bien aussi à l'endocardite ulcéreuse, mais l'auscultation du cœur n'y révéla jamais aucun signe morbide.

En somme, le tableau clinique offert par la malade était bien celui de l'infection purulente, et nous nous trouvions porté, par l'exclusion successive des hypothèses précédentes et aussi par le souvenir d'un fait semblable, observé par nous en l'année 1881 et terminé par l'autopsie, à rapporter les accidents offerts par cette femme à une phlébite utérine suppurée. D'autre part, ayant entendu présenter aux cli-

niques d'accouchement la maladie en question comme une complication constamment mortelle, et ayant vu ce pronostic confirmé, l'année précédente, par notre observation personnelle, nous nous attendions plus ou moins à voir tôt ou tard succomber notre malade.

Il nous semble que l'apparition de l'œdème douloureux successivement développé aux deux membres inférieurs fournit un appui à ce diagnostic, car on peut admettre avec Trousseau la propagation de la phlébite des sinus utérins aux veines du bassin et du membre inférieur.

Mais cette thrombose ne fournit-elle pas en même temps l'explication de la terminaison inespérée des accidents, et ne peut-on admettre que la coagulation du sang dans des veines enflammées ait fermé la porte à la pénétration du pus dans le système général de la circulation ?

Si des faits semblables se renouvelaient, il nous semble qu'on pourrait en tirer cette conclusion que l'apparition des signes de la thrombose au milieu des accidents généraux graves produits par une phlébite suppurée, est de nature à modifier le pronostic et autorise, dans une certaine mesure, à espérer la guérison.

(*La France médicale.*)

APPAREIL ÉLYTRO-PTÉRYGOÏDE ; HÉMOSTASE ; DILATATION DU COL ; OCYTOCIE.

Par le Dr CHASSAGNY (de Lyon).

Tout le monde connaît le double ballon de Chassagny ; malheureusement, ainsi que le reconnaît l'auteur lui-même, son appareil était entaché de vices radicaux. Il était en caoutchouc, et partant, passible des nombreux reproches qu'on peut adresser à cette substance ; il était d'une conservation difficile et d'une fragilité extrême. M. Chassagny se mit à l'œuvre pour trouver un appareil qui, tout en produisant les mêmes effets, fût exempt des défauts qu'il avait lui-même reconnus à son premier appareil. Après divers essais, l'auteur arrêta son choix sur les vessies animales et en particulier sur la vessie de porc ; il avait remarqué que, si on enferme une vessie de porc dans une cavité close, qu'elle remplit sans être complètement distendue, qu'on pratique une petite ouverture à cette cavité et qu'on continue à injecter de l'air ou du liquide, cet air ou ce liquide entraîne

l'excédent de l'étoffe de la vessie et lui fait franchir cette ouverture, sous forme de doigt de gant d'abord, et plus tard, sous celle d'une ampoule qui s'épanouit lorsque l'obstacle a été franchi.

Le problème était résolu, mais il fallait faire du vagin une cavité close et empêcher la vessie de s'échapper au dehors. Tous les bandages échouèrent. Il fit alors construire un spéculum d'une forme particulière, muni à son extrémité interne de deux ailes que le développement de la vessie fait écarter, de manière à s'opposer absolument à son expulsion ; c'est à cet instrument qu'il a donné le nom d'élytro-ptérygoïde. Les vessies sont préparées au soufre et peuvent se conserver indéfiniment.

Voici, d'après M. Chassagny, les cas où on peut employer son appareil :

1° Pour préparer le travail à l'abri de toute hémorrhagie dans le cas de placenta prævia ;

2° Pour faire l'accouchement prématuré artificiel dans le cas de dystocie probable ;

3° Pour faire l'avortement ou l'accouchement prématuré dans les cas de vomissements incoercibles, ou de maladie compromettant la vie et aggravée par la grossesse ;

4° Pour provoquer ou activer le travail dans les cas d'éclampsie ;

5° Pour provoquer l'accouchement à la période ultime des maladies aiguës ou chroniques, faire accoucher les malades avant de mourir et remplacer ainsi ou l'opération césarienne ou l'accouchement forcé après la mort ;

6° Pour activer la dilatation dans l'accouchement naturel ;

7° Pour rouvrir l'utérus refermé sur tout ou partie du placenta après l'accouchement ;

8° Pour ouvrir l'utérus et permettre de faire le diagnostic d'affections intra-utérines et, en certains cas, en amener la guérison ;

9° Pour arrêter instantanément les hémorrhagies *ante partum et post partum*.

Voici comment il faut se servir de l'appareil élytro-ptérygoïde :

« La vessie, préalablement ramollie et lubrifiée par du mucilage de graines de lin, est enfermée en partie dans le spéculum, l'excédent qui n'a pu trouver place dans sa cavité ressort entre ses ailes ; le tout est introduit dans le vagin, et on procède à l'injection au moyen du tube de caoutchouc adapté à un tube métallique, sur lequel

on a attaché le col de la vessie et qui traverse l'ouverture ménagée à l'extrémité manuelle.

« Dans les cas urgents, dans les hémorrhagies graves, par exemple, on peut se contenter d'une insufflation, mais le plus souvent on devra avoir recours au liquide qui donne à la vessie plus de fluidité, qui permet plus facilement la production de prolongements digitaux; cette injection peut être poussée avec une seringue quelconque, un irrigateur ou un appareil injecteur en caoutchouc, etc. Mais mes expériences m'ont démontré qu'il valait mieux avoir recours au siphon, dont on peut varier la puissance en l'élevant on en l'abaissant à volonté. Le siphon a, d'ailleurs, l'avantage de remplacer le liquide qui sort de la vessie par exosmose, il permet aussi l'introduction de quantités nouvelles qui, peut-être, deviendraient nécessaires au fur et à mesure de l'introduction de la vessie dans l'utérus après que le col a été franchi. La diminution du liquide dans la carafe témoigne, au dehors, de la réalité de cette introduction. »

Le nouvel appareil du Dr Chassagny nous paraît assurément supérieur au précédent ; nous le croyons appelé à rendre service dans certains cas, mais on fera bien de choisir des vessies dont le volume ne soit pas trop grand, parce que la vessie animale, n'ayant pas la souplesse de la fine lame de caoutchouc qui constitue le ballon supérieur du premier appareil, pourrait, une fois arrivée dans l'utérus, au lieu de s'étaler entre la paroi utérine et l'œuf, former sphère et, dans un cas de présentation du sommet, refouler la tête et transformer cette présentation en une présentation de l'épaule. (*Archives de Tocologie et journal de Médecine de Paris.*)

MIGRATION DE L'OVULE DE L'OVAIRE DANS LES TROMPES.

Parmi les questions qui ont trait à la fécondation, une de celles qui ont été le plus controversées, ou qui du moins n'ont pas été traitées de façon à être complètement résolues, est certainement la question relative à la migration de l'ovule de l'ovaire dans les trompes. Quant à ce qui concerne le mode de transport de l'ovule jusque dans l'utérus après son entrée dans la trompe de Fallope, cela n'est plus à discuter ; on sait pertinemment que les cils vibratiles de l'épithélium qui tapisse cet organe intérieurement servent de véhicule à l'ovule : la direction même de ces cils ne peut laisser aucun doute à ce sujet ;

mais, ce qu'il importe de savoir, c'est la façon dont les ovules sont amenés de l'ovaire jusqu'au pavillon de l'oviducte. Jusqu'à présent, on a généralement admis qu'au moment de la menstruation, l'érection simultanée des franges du pavillon de la trompe et de l'ovaire déterminait entre ces deux organes une adaptation suffisante pour permettre à l'ovule de tomber directement dans l'oviducte. Cette théorie, appelée théorie de l'adaptation tubaire, non seulement ne satisfait pas complètement l'esprit, non seulement elle n'a pas été démontrée expérimentalement, mais elle semble en contradiction avec de nombreux faits observés par les physiologistes et les gynécologistes. Rouget, l'auteur de cette théorie, par la production sur le cadavre, d'une érection artificielle de ces organes, a cru démontrer leur érectilité et le rôle que ce phénomène joue dans l'ovulation, la fécondation et la menstruation. On ne peut certes pas nier la propriété érectile du corps spongieux de l'ovaire et de l'utérus ; mais ce qui ne paraît pas probable, c'est l'application du pavillon sur l'ovaire : ce fait ne pourrait être possible que si toutes les franges de la trompe étaient normalement adhérentes à l'ovaire ; on pourrait admettre en ce cas que l'érection de ces organes a pour but de déterminer un rapprochement plus étroit entre leurs parties. Ce n'est que de cette façon que l'on pourrait comprendre l'explication suivante de Rouget : « Tout se réduit en somme au mécanisme par lequel se ferme l'ouverture d'une bourse dont les bords se froncent, se rapprochent lorsqu'on exerce des tractions sur des liens dont les attaches s'étendent dans toute la longueur de ses bords. »

En face de l'adaptation tubaire se place une autre hypothèse, celle de la migration de l'ovule au moyen des cils vibratiles, hypothèse qui semble confirmée par les observations de Rokitansky, de Knussmaul, de Klob et par les expériences si intéressantes de Sinety. Cet expérimentateur ayant, chez une femelle de cobaye, fait l'ablation de l'ovaire d'un côté, et pratiqué la ligature de la trompe du côté opposé, a vu l'animal concevoir dans ces conditions. Sans le secours de la théorie de la migration de l'ovule par les cils vibratiles, il faudrait, pour expliquer ce fait, supposer que la trompe d'un côté peut aller coiffer l'ovaire du côté opposé, phénomène bien difficile à concevoir. « Il faut reconnaître, dit Courty, avant même qu'il ait eu connaissance de ces expériences, que l'adaption tubaire n'est qu'une explication plausible reposant uniquement sur des données théoriques, car on n'a pu voir encore dans aucune observation, le pavillon s'adapter à l'ovaire du côté opposé pour en recueillir l'ovule. »

Dans le cas de M. de Sinety, la vésicule de de Graaf, en se rompant, a dû laisser tomber son contenu dans le péritoine et on ne peut expliquer son acheminement jusqu'à la trompe du côté opposé qu'en le supposant entraîné par des cils vibratiles tapissant la face interne du péritoine. Or, dans des recherches récentes faites sur des cobayes femelles, au moment du rut, j'ai cru reconnaître la présence de ces cils vibratiles, mais ils devaient être si ténus, et j'étais placé dans des conditions tellement défectueuses que je ne puis en affirmer la présence d'une façon absolue; je n'ai pu que constater un léger tourbillonnement de corpuscules très-fins contenus dans le liquide qui baignait la préparation. Mais ce que j'ai observé de la façon la plus nette, c'est la présence d'un revêtement complet d'épithélium à cils vibratiles sur la face interne du péritoine, chez les grenouilles à l'époque du frais; cet épithélium n'existait ni chez les mâles, ni chez les femelles en toute autre saison. Ce phénomène, qui jette un jour nouveau sur cette question de la fécondation, a été l'objet d'une communication que j'ai faite en collaboration avec M. le professeur Mathias Duval, au Congrès de Reims. Tout dernièrement, j'ai constaté également la présence de cils vibratiles très agiles sur le péritoine de femelles de tritons (on sait que le mois d'avril est la saison des amours pour ces animaux).

On peut donc être amené à en induire que le même fait se passe chez la femme au moment de la menstruation, phénomène qui correspond à celui du rut chez les animaux. Ce fait semble d'autant plus probable que l'on sait l'importance des mues épithéliales des organes génitaux de la femme à l'époque menstruelle.

Quoiqu'il en soit, la migration de l'ovule, de l'ovaire dans les trompes par les cils vibratiles demande confirmation; bien que cette hypothèse satisfasse d'avantage l'esprit que la théorie de Rouget, la question a besoin d'être étudiée de nouveau. Il serait intéressant de faire de nouvelles recherches à ce sujet sur des femelles d'animaux supérieurs et sur des femmes mortes accidentellement au moment des règles.

(*Union médicale et scientifique du Nord-Est*).

ALLAITEMENT PAR UNE FEMME QUI N'A PAS ACCOUCHÉ DEPUIS DE LONGUES ANNÉES.

M. Rolland a observé dans l'intérieur de la presqu'île de Malacca le fait suivant :

Une famille de Malais, appartenant aux gens de M. Rolland, meurt de variole : seul, un enfant nouveau-né survit, que personne ne veut secourir par crainte de la contagion.

Une femme abandonnée de son mari et de la tribu, vivant depuis de nombreuses années isolée dans la forêt, appelée par M. Rolland, y consent enfin, sur la promesse de cadeaux alléchants. L'enfant prospère à merveille, et quelle n'est pas la surprise de notre compatriote de le voir un jour suspendu au sein de sa mère adoptive, et refusant toute autre nourriture.

Interrogée sur le retour de son lait, elle prétendit que toutes les femmes du pays étaient comme elle, donnant pour preuve que lorsqu'une mère vient à mourir, laissant un nouveau-né, la grand-mère est chargée de lui donner le sein. Ceci a été confirmé par le dire d'autres indigènes.

Le fait signalé n'offre rien de bien extraordinaire, puisqu'on a vu des vierges, des hommes même avoir du lait. Il établit que la seule excitation mécanique de téter, jointe à la satisfaction morale d'être arrachée à l'isolement, suffit à remplacer les conditions ordinaires qui provoquent la sécrétion lactée. (*Recueil du comité médical des Bouches-du-Rhône*).

(*Paris médical*).

CHANCRE DU VAGIN ET DU RECTUM : PERFORATION DU CÔTÉ DE LA CAVITÉ PÉRITONÉALE ; MORT.

Une fille publique de 23 ans entra à l'hopital, avec une perforation du rectum, accompagnée d'hémorrhagie dans la cavité péritonéale et d'inflammation de la séreuse. D'après les renseignements fournis, le point de départ de ces accidents avait été la syphilis qui n'avait jamais été traitée. Pas de doute à cet endroit, car il y avait une érosion chancreuse dans le vagin et deux chancres dans le rectum.

L'un des deux chancres du rectum était devenu phagédénique ; il avait gagné vers le haut, et pendant que les bords commençaient à se cicatriser, avait perforé l'intestin et produit en définitive les accidents qui entraînèrent la mort.

Outre le chancre du vagin et le petit chancre du rectum, se trouva à 12 centimètres de l'anus une perte de substance étendue de 2 centimètres ; et, à quelques millimètres plus haut, une perforation large de 5 millimètres. Les bords de la première perte de substance étaient tout à fait cicatrisés, tandis que la deuxième était en pleine période d'ulcération. Un morceau de tissu cellulaire avait oblitéré la large perforation et avait, par suite, mis tout d'abord obstacle au passage des matières fécales dans la cavité péritonéale, jusqu'à ce que la rupture des adhérences eût amené l'hémorrhagie interne, la péritonite et enfin le dénouement fatal.

Quant au reste du rectum et du gros intestin, il était absolument intact et ne présentait trace d'inflammation. (Dr Wehenkel, *Société d'anatomie pathologique de Bruxelles*, avril 1881. (*Paris médical*.)

DES MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LES FEMMES ALIÉNÉES.

(*Disease of genitals in insane women).*

Le *Maryland medical Journal*, citant le *London medical Record*, rapporte que le docteur Danillo a fait l'examen de 200 folles et en a trouvé 162 ou 180 pour 200 qui souffraient de maladies diverses des organes génitaux. Sur 140 femmes réglées, âgées de 15 à 45 ans, 20 seulement étaient sans quelque anomalie du côté de l'utérus. Sur 60 femmes qui avaient cessé d'être réglées, âgées de 42 à 75 ans, 18 étaient atteintes d'affections utérines. L'auteur observa le plus souvent de la métrite ou de l'endométrite aiguë ou chronique ; moins fréquents sont les déplacements de l'utérus, la dysménorrhée, l'ovarite aiguë ou chronique, etc. Ces résultats montrent que les affections utérines se compliquent souvent de maladies diverses, que la relation évidente entre ces maladies présente, au point de vue clinique, le plus haut intérêt.

(*Revue de litt. française et étrangère et médecin praticien*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DU STYLOSANTHES ELATIOR

Par W. Cline, de Cuba.

A la suite d'un article inséré il y a quelques mois dans la *Gazette de thérapeutique*, vantant l'utilité du *Stylosanthes elatior* pour calmer les douleurs dans les accouchementts où le travail est d'une longueur insolite, le docteur Cline, de Cuba, a essayé ce médicament chez plusieurs de ses malades qui se trouvaient à la fin de leur grossesse et chez qui le travail, dans les précédents accouchements, s'était déjà effectué dans ces conditions de lenteur et de souffrances. Soixante gouttes par jour, en trois fois, de l'extrait fluide de *Stylosanthes elatior*, de Parke et Davis, furent d'abord administrées à une femme que le docteur Cline avait déjà assistée en pareilles circonstances, et chez laquelle le travail, très douloureux, avait chaque fois duré vingt-quatre heures. Le traitement par le *Stylosanthes* commença environ un mois avant l'époque présumée de l'accouchement, et, cette fois, le docteur Cline ne put arriver à temps pour assister la malade, car la durée du travail n'avait pas pris deux heures en tout.

Dans une autre circonstance où le *Stylosanthes* fut conseillé, les choses se passèrent d'une manière si rapide et si satisfaisante que le docteur Cline se trouva encouragé à soumettre le même médicament à des épreuves ultérieures. C'est ce qu'il fit chez 7 malades dont les antécédents attestaient des accouchements laborieux et qui constituaient par cela même de véritables témoins.

Chez toutes, les résultats furent très satisfaisants. En matière de thérapeutique, ajoute le docteur Cline, l'efficacité d'une médication exige, pour être définitivement établie, une expérimentation plus prolongée ; d'autre part, telle malade n'ayant eu jusqu'ici que des accouchements laborieux, peut n'avoir plus désormais que des accouchements faciles, et cela sans cause connue ; néanmoins, les résultats précités doivent encourager les médecins à continuer l'épreuve, étant donnée l'action favorable que le médicament paraît exercer sur les douleurs expulsives. Cette action du *Stylosanthes elatior* tend à le faire considérer comme un tonique et un sédatif très identique dans

ses propriétés physiologiques au *Viburnum prunifolium*. A la dose sus-indiquée, le médicament ne donne lieu à aucun effet désagréable. *Stylosanthes elatior*, by W. Cline. — *The Thérap. Gaz.* july 1883, nº 7.) (*L'Union médicale.*)

DE L'EMPLOI DU SULFATE DE STRYCHNINE DANS LES ACCOUCHEMENTS

Par le Dr Emile Deghilage, de Mons.

Nous avons été conduit à nous servir de cette médication dans un cas d'inertie utérine où tous les moyens employés habituellement : frictions, titillations du col, injections, seigle ergoté, bains, etc., avaient échoué.

Vingt-cinq minutes suffirent pour achever l'accouchement, sans qu'il ait été traversé par le moindre accident. La douleur même avait été modérée.

L'action motrice du médicament sur la fibre musculaire de l'utérus était ici incontestable. Mais s'obtient-elle d'une façon constante ?

Le mode d'application est des plus simples. Nous donnons toutes les dix minutes un granule contenant un demi-milligramme de sulfate de strychnine. Au fur et à mesure que la tête descend dans l'excavation, nous éloignons la dose et il est bien rare qu'au bout d'une heure l'accouchement ne soit pas terminé.

On ne doit se servir de cette médication qu'une fois le col de l'utérus dilaté, dans la seconde période du travail.

Ce procédé nous semble presque toujours indiqué en cas d'inertie utérine. Il est préférable à l'emploi du forceps, qui augmente parfois les chances d'hémorrhagie au moment de la délivrance.

Plusieurs cas dans lesquels le résultat fut également satisfaisant nous ont démontré que c'était là un moyen réellement pratique et appelé à rendre des services. (*Journal d'accouchements et journal de médecine de Paris*).

AVORTEMENT PROVOQUÉ DANS LES CAS DE CÉCITÉ ALBUMINURIQUE POUR PRÉVENIR L'ÉCLAMPSIE.

C'est là une pratique bien téméraire que celle du Dr Loring, de New-York, qui, dans ces conditions, a provoqué un avortement de trois mois et a réussi à ramener la vision. Il conclut que toutes les fois que,

lors d'une première grossesse, la vue vient à se troubler d'une manière temporaire ou définitive, il est du devoir du médecin d'avertir la femme et le mari que la cause de cet accident n'est pas locale, mais tient à une disposition constitutionnelle, et qu'il y a de grandes probabilités pour le retour, aux grossesses suivantes, de semblables accidents non-seulement dangereux pour la vue, mais encore pour l'existence. En conséquence, il conseille l'avortement. (*Ophthalmic Review*, may 1883. *Paris médical.*)

AVORTEMENT PROVOQUÉ COMME RESSOURCE ULTIME DANS UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE.

Une jeune femme de 23 ans n'avait plus vu ses règles depuis cinq semaines, lorsqu'elle fut prise de vomissements violents. Elle éprouvait en outre de la dyspnée et des palpitations. L'emploi des remèdes anodins ne donna aucun résultat, et pour soutenir la malade on dut l'alimenter par le rectum. Au bout de cinq semaines, une amélioration progressive se manifesta. La cautérisation du col au nitrate d'argent parut exercer sur l'état de la malade une influence favorable. Plus tard, les vomissements se reproduisirent avec perte de connaissance, accès de convulsions toniques. La malade tomba dans un abattement extrême. Pendant quinze jours de temps, elle ne réussit pas à faire pénétrer dans l'estomac la moindre parcelle d'aliments et les vomissements glaireux continuaient : c'est tout au plus si on parvenait à les calmer pendant une heure ou deux avec des injections sous-cutanés de morphine. Le Dr Haviland, auteur de cette observation, résolut alors de provoquer l'avortement. La femme expulsa un fœtus de quatre mois ; sa santé mit très peu de temps à se rétablir.

(*Courrier médical et Médecin praticien*).

TRAITEMENT DES FIBROMES UTÉRINS PAR L'HYSTÉRECTOMIE ET L'OOPHORECTOMIE.

(*British medical Association*).

M. Spencer Wells lit un travail sur l'enlèvement des tumeurs fibreuses intra-péritonéales ; il prouve qu'il a obtenu des résultats beaucoup plus avantageux depuis 1878, époque à laquelle il a com-

mencé à employer les procédés antiseptiques. En effet, avant cette date, sur 24 cas d'enlèvement, il avait eu 15 morts ; sur 21 incisions exploratrices de la paroi abdominale, 1 mort.

Depuis lors, sur 10 cas d'enlèvement, il a eu 3 morts ; sur 6 incisions exploratrices, aucun cas de mort.

M. Thornton ajoute qu'il ne faut recourir à ces opérations que lorsque tous les autres moyens ont échoué ; que, depuis que M. Spencer Wells a introduit la méthode de Lister dans les opérations abdominales, on peut, sans aucun danger pour la vie du malade, faire une incision exploratrice afin d'assurer son diagnostic, ce qui est de la plus haute importance. On peut avoir : 1° Un fibroïde sous-péritonéal plus ou moins pédiculé ; 2° Un fibroïde sous-péritonéal sessile, ou un fibroïde intrapariétal (intramural) ; 3° La tumeur peut intéresser l'utérus de façon à nécessiter l'extirpation de toute la portion de l'organe au-dessus du col. La gravité de l'opération est très-différente dans ces trois cas : les premières peuvent être enlevées avec très-peu de danger, avec le pansement de Lister ; dans les secondes, quoique l'opération paraisse moins défavorable que dans les troisièmes, M. Thornton a eu plus de décès. Dans les troisièmes, où les 2 ovaires sont enlevés avec l'utérus, le clamp de Spencer Wells est employé avec les meilleurs résultats. C'est à cette classe qu'il faut donner le nom d'hystérectomie. Dans les autres, la ligature ou le cautère et le traitement intrapéritonéal sont préférables. Il pense qu'il est préférable de coudre seulement les surfaces péritonéales, comme le fait Spencer Wells, plutôt que d'employer la méthode de Schrœder dans les cas où il est nécessaire d'ouvrir la cavité utérine.

M. Lauwson Tait dit que sur 9 cas où il a employé l'énucléation ou la section abdominale, il a eu 5 morts ; il a pratiqué au contraire l'extirpation des ovaires 13 ou 14 fois avec un seul insuccès ; à l'avenir, il n'enlèverait plus les tumeurs de l'utérus que si elles devenaient gênantes par leur volume ; il essayerait d'abord l'oophorectomie. Dans un cas où il a pratiqué cette dernière opération, non-seulement l'hémorrhagie a été arrêtée définitivement, mais la tumeur a considérablement diminué de volume.

M. Sims dit qu'il croit bien que l'oophorectomie sera à l'avenir pratiquée plus souvent contre les hémorrhagies dues aux fibromes utérins ; qu'il a vu souvent des tumeurs volumineuses diminuer sous la seule influence de la ménopause ; qu'il a rapporté un cas où un fibrome qui

aurait pu peser 30 livres, avait entièrement disparu 10 ans après la ménopause.

Pour l'enlèvement de l'utérus, il préfère la méthode de Péan, qui enlève tout l'organe au lieu de n'en extirper qu'une partie.

MM. Bennet et Therburn sont d'avis que l'oophorectomie doit être pratiquée dans certains cas.

M. Spencer Wells dit que l'opération de Battey n'a pas encore été pratiquée assez souvent pour qu'on puisse tirer une conclusion quant à son efficacité, et qu'il est désirable qu'à l'avenir on publie tous les cas où cette opération aura été pratiquée, qu'on donne des renseignements nécessaires pour savoir si l'hémorrhagie a été arrêtée, et si la tumeur a diminué de volume après que la ménopause a été établie.

(*Journal d'accouchement de Liège.*)

FORMULAIRE

—

De l'emploi de la vératrine dans le prurit généralisé ou localisé, à l'époque de la ménopause (J. Chéron).

Tous ceux qui ont eu à traiter des malades en proie à ce prurit incessant, qui ne laisse ni repos ni trêve la nuit et le jour, savent combien il est difficile d'en débarrasser promptement les patientes.

Que ce prurit résulte de la présence de prurigo, d'urticaire, d'eczéma, d'herpès, etc., ou qu'il existe sans éruption, il n'en est pas moins fort difficile de le calmer.

De tous les moyens employés, et le grand nombre dont on fait journellement usage, prouve leur peu d'efficacité il en est un qui, efficace habituellement dans le prurit, reste sans action sur les démangeaisons localisées de la ménopause.

Les propriétés analgésiques de la vératrine trouvent, au contraire, à cette période de la vie de la femme, une heureuse application.

Si le prurit est localisé aux aines, aux aisselles, à la paroi abdominale, derrière les oreilles, etc., l'emploi de la pommade suivante, matin et soir, en onctions douces, suffit habituellement.

Vératrine...................... 0,15 centig.
Axonge........................ 30 gr.
Employer gros comme un petit pois.

Si le prurit est généralisé, l'usage de la vératrine à l'intérieur est préférable.

Vératrine..................... 0,02 centig.
en 40 pilules.

Prendre 2 à 6 pilules par jour, une 1/2 heure avant les repas ou trois heures après.

Ne prendre jamais qu'une pilule à la fois et augmenter d'une chaque jour, pour arriver à six, au maximum, c'est-à-dire à 3 milligrammes.

Son action sédative sur le cœur et la circulation périphérique peut expliquer, dans ce cas, l'heureuse intervention de cet alcaloïde.

VARIÉTÉS

Louise Lateau.

Louise Lateau, la stigmatisée de Bois-d'Haine, qui a tant fait parler d'elle il y a quinze ans, Louise Lateau vient de mourir. « Miraculée » de son vivant, la stigmatisée sera bientôt, sans doute, déclarée « bienheureuse » et peut-être, à la suite d'un « procès en cour de Rome » canonisée comme Benoît Labre et Marie Alacoque.

Il n'est donc pas sans intérêt de revenir sur l'histoire de cette pauvre fille, que notre collègue du *Progrès médical*, M. Bourneville, a racontée dans une brochure publiée en 1875.

Née en 1850, Louise Lateau eut une enfance assez misérable ; à 17 ans, elle était très chlorotique et sujette à des névralgies multiples et très tenaces ; elle eut en même temps un eczéma de l'avant-bras gauche qui détermina la suppuration de quelques ganglions de l'aisselle.

En 1868, commencèrent les visions, les extases et les sensations douloureuses des stigmates qu'elle devait bientôt avoir. Au mois d'avril de cette année, se montrent des hémorrhagies par le côté gauche de

la poitrine, puis par la face dorsale des pieds et la paume des mains. A la même époque se manifestent les extases, puis l'anorexie la plus complète et les grandes excrétions sont suspendues.

M. Bourneville, s'appuyant presque uniquement sur les écrivains orthodoxes, décrit les principaux symptômes présentés par Louise Lateau, les stigmates ou hémorrhagies, les extases, le crucifiement et la résurrection, l'anesthésie, les visions, l'abstinence, l'absence d'excrétions et l'insomnie. Puis, de cet exposé, il déduit mathématiquement, en quelque sorte, la démonstration de ce fait, que Louise Lateau était une hystérique.

Pour le prouver, il prend chacun des symptômes et montre que tous out été notés, soit isolés, soit réunis et dans ce qu'ils ont de plus accentué, chez des hystériques dont il cite les observations. Il rappelle une excellente brochure du regretté professeur Parrot sur la sueur du sang et les hémorrhagies névropathiques, l'histoire d'une jeune fille observée par Boerhaave et chez laquelle des pustules, qui ne laissaient ensuite aucune trace, couvraient les doigts et donnaient lieu à l'écoulement d'un sang rutilant ; il rappelle Maria K..., la malade minutieusement observée par le professeur Magnus Huss, de Stockolm, et qui, à la fin, pouvait, par la seule force de sa volonté, se donner des hémorrhagies absolument comparables à celles de Louise Lateau.

En outre de ces cas historiques, M. Bourneville a pu trouver à la Salpétrière de nombreux et frappants exemples des phénomènes présentés par l'hystérique de Bois-d'Haine. Les contorsions, les attitudes, le prosternement, le crucifiement, l'abstinence, l'insomnie, la suppression des excrétions, rien n'y manque. La démonstration est des plus nettes et il faut quelque bon vouloir pour refuser d'admettre l'existence, chez Louise Lateau, d'une hystérie à forme grave.

Deux médecins cependant, le Dr F. Lefebvre, professeur à l'Université catholique de Louvain, et le Dr A. Imbert-Gourbeyre, médecin homœopathe et professeur à l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, ont beaucoup contribué à propager la légende de la miraculée belge. Mais n'est-ce pas encore un phénomène de psychologie morbide, que des hommes, assurément très distingués et de bonne foi, comme ces deux confrères, puissent ne pas reconnaître l'existence d'une maladie qui saute aux yeux de tout homme non prévenu ?

(*France médicale* et *Progrès médical.*) A. Chevallereau.

NÉCROLOGIE

Un de nos collaborateurs, le docteur Vignard, professeur d'accouchements à l'école de médecine de Nantes, vient d'être, tout récemment, enlevé à la science et à ses amis par une affection pulmonaire.

Le docteur Vignard, ancien condisciple et ami du directeur de cette revue, travailleur infatigable, avait su, par son propre mérite, conquérir la place de professeur d'accouchements à l'école de médecine de Nantes.

Souffrant depuis longtemps, il n'avait pu encore prendre une part active aux travaux de la Revue médico-chirurgicale des maladies des femmes, dont il eût été certainement un des plus solides soutiens, si sa santé le lui avait permis.

Nous ne faisons qu'accomplir un devoir en rendant hommage à sa mémoire et en lui adressant nos sincères regrets et notre dernier adieu.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Cours libre.

M. le D^r Verrier, préparateur à la Faculté de Médecine, membre de la Société d'anthropologie, a commencé un *cours d'obstétrique comparée suivant les différentes races humaines et chez les mammifères*, le mardi 18 décembre 1883, à 3 h., à l'amphithéâtre n° 3 de l'Ecole pratique.

Les leçons ont lieu les mardis et samedis de chaque semaine, à la même heure.

Le professeur traite dans ce semestre de l'anatomie comparée du bassin, de l'utérus, du placenta et de l'embryon.

Directeur-Gérant, D^r J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

OBSTÉTRIQUE

—

Supériorité du forceps de Tarnier sur celui de Levret dans les positions O. I. P. — L'auscultation peut être cause d'erreur dans le diagnostic. -- Avantage de la dénomination métrique pour indiquer le degré de dilatation du col.

Mme B..., 30 ans, tertipare à terme.

1er accouchement il y a 2 ans; forceps au détroit supérieur, enfant mort, volumineux, travail très long. On a dit que la grossesse était *retardée.* A la suite d'une déchirure du col, cicatrisée vicieusement, adhérence vaginale. Immobilisation de l'utérus en position déviée.

2e grossesse terminée après 2 mois par un avortement. — Régression incomplète ; métrite, catarrhe utérin. Incision libératrice et cautérisations consécutives pratiquées par l'un de nos plus habiles gynécologistes, notre savant confrère le Dr Chéron, rédacteur en chef de cette Revue.

3e grossesse. Celle-ci va jusqu'à terme.

Le 20 novembre, je suis appelé à 8 h. du soir. Depuis le matin la parturiente a ressenti quelques douleurs.

Je trouve l'orifice très en arrière, dilaté de deux centimètres à peu près et souple. Présentation céphalique ; sommet de la tête engagé. Les contractions, sans être vives, reviennent régulière-

ment toutes les 10 minutes. J'annonce l'accouchement pour la nuit.

Dilatation complète à 3 heures du matin.

Le palper m'avait fait précédemment reconnaître une position occipito-iliaque droite postérieure. Le toucher confirme ce diagnostic. Cependant les battements du cœur s'entendent plus distinctement à gauche qu'à droite, où ils sont masqués par un souffle intense ; ils s'entendent aussi sur la ligne médiane. — N'était la main pénétrant à droite dans le bassin et arrêtée à gauche par le maxillaire inférieur qu'on sentait manifestement ; n'était la fontanelle antérieure trouvée par le toucher en avant et à gauche, on affirmerait, par l'auscultation seule, une première position du sommet.

Ce n'est pas la première fois que, sous ce rapport, la théorie de M. Depaul s'est trouvée en défaut. C'est là un point important de pratique, mis en lumière par les belles coupes congelées de M. Ribemont.

Une saillie linéaire du vagin sur sa paroi postérieure offre à l'assouplissement une certaine résistance et nuit à l'engagement complet du fœtus. Je suppose que c'est là la trace cicatricielle de l'opération gynécologique subie, un an plus tôt, chez notre malade.

Quoiqu'il en soit, les contractions s'affaiblissent vers 4 h. du matin, sans que la bride indiquée soit franchie. Je romps les membrânes à 4 h. 1/2 ; quelques nouvelles contractions assez énergiques reparaissent sans plus de succès. Alors, sur les 5 heures du matin, après avoir donné à la patiente la position classique, sans autres aides que son mari et la concierge de la maison servant de garde, sans avoir recours au chloroforme, je fais une première application du forceps Levret. Après trois reprises de tractions énergiques, je ne pus ni faire la rotation en O. A, ni entraîner la tête en arrière. Il y avait là une sorte d'enclavement.

C'est dans des cas semblables que le rétroceps donne en général de bons résultats.

Je fis mieux encore cependant, je désarticulai l'instrument de Levret et replaçai le forceps de M. Tarnier, avec lequel, en quelques tractions, relativement légères, j'eus la satisfaction de voir les branches de préhension subir un mouvement de rotation vers

la gauche et en même temps d'élévation qui m'amena rapidement la tête fœtale sur le périnée qui lui livra passage, l'occiput restant en arrière, sans la moindre lésion, la moindre égratignure.

Je soumets le fait, sans commentaires, à l'appréciation impartiale des accoucheurs.

L'enfant du sexe féminin, vivant, pesait 5.250 gr. Si la bride a été pour quelque chose dans la difficulté de la descente, on admettra bien aussi que le volume d'un tel enfant y ait également contribué ; il explique surtout la difficulté éprouvée pour le mouvement de réduction. En tous cas, le résultat obtenu m'a démontré la supériorité du forceps de Tarnier sur celui de Levret pour les *positions postérieures*. Il paraît que le premier enfant mort-né pesait 5.500 ! Ces enfants provenaient du reste d'une alliance assortie comme force et taille et toute la famille des deux côtés est bien pourvue sous ce double rapport.

Délivrance. Adhérence partielle du placenta, hémorrhagie (1 kilog. de sang environ), résistance aux tractions soutenues sur le cordon et aux tractions combinées avec l'expression ; délivrance artificielle.

Ergot ; fin de l'hémorrhagie.

La mère et l'enfant se portent bien (*vieux cliché*).

Je saisis cette occasion pour signaler un point sur lequel M. Budin insiste dans ses cours : c'est à propos de l'usage banal de comparer la dilatation du col à une pièce de monnaie. En effet, dit le jeune et érudit agrégé, les pièces de monnaie n'ont pas partout le même diamètre ; puis il y en a d'or, d'argent, de billon ; et la science, qui n'a point de frontières, ne saurait s'accommoder de ce langage peu précis. Le système métrique étant admis dans toutes les contrées de l'Europe et dans l'Amérique, n'est-il pas plus simple et plus scientifique à la fois d'exprimer le degré de dilatation du col par le diamètre de son ouverture ?

Exemples :

Une pièce de 0,50 cent. en argent corresp. à un peu moins de 2 cent.
— 1 franc — — — 2 c. 1/2
— 2 — — — — 3 c.

Un écu de 3 livres (vieux style) correspond un peu moins de			3 c. 1/2
Une pièce de 5 francs en argent	—	—	4 c.
Un écu de 6 livres (vieux style)	—	—	5 c.

et la dilatation sera complète quand le col présentera à peu près une ouverture de 10 à 11 centimètres.

On a ainsi un tableau progressant par demi centimètre, suffisant pour apprécier la première période de la dilatation. (Les écus de 3 et de 6 livres se retrouvent souvent comme terme de comparaison dans les vieux ouvrages d'obstétrique). C'est la dénomination métrique que nous avons adoptée dans l'observation qui précède et c'est elle que nous nous efforçons toujours de faire prévaloir dans la pratique.

Dr E. Verrier,
Professeur libre d'obstétrique comparée à l'École pratique,
Préparateur des cours d'accouchements à la Faculté de médecine.
(*Manœuvres* et *opérations*).

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*,
Annotée par le Dr J. Chéron.

DEUXIÈME PARTIE
(*Suite*).

CHAPITRE V.

PRINCIPES DE L'HYGIÈNE DE L'AGE CRITIQUE.

Les jeunes femmes souffrent souvent, à l'époque de la puberté, de l'ignorance dans laquelle on croit devoir les laisser au sujet de ce qui se passe alors en elles ; il en est de même à l'âge critique : les femmes souffrent, soit par suite de leur ignorance, soit

grâce aux craintes exagérées qu'on leur a inspirées au sujet des périls qui les menacent. Rien de mieux si elles pouvaient comprendre que, dans un état de santé passable, à la condition d'observer une hygiène bien entendue, cette période critique doit leur être favorable ; elle peut présenter des dangers à celles qui sont toujours maladives, qui souffrent habituellement lors de la menstruation, ou qui sont affectées de maladies de l'utérus. Suivant que les femmes ont plus ou moins souffert avant l'établissement régulier des fonctions menstruelles, elles doivent, lorsque survient la cessation, s'attendre à traverser une période correspondante quant à l'intensité des souffrances.

Les femmes devraient savoir que, à moins d'être enceintes ou nourrices, si elles éprouvent de grandes irrégularités du flux menstruel, si son absence se prolonge, si ces symptômes coïncident avec des sensations de faiblesse au creux de l'estomac, avec des vapeurs et des transpirations — même lorsqu'elles ne sont âgées que de trente à quarante ans — on doit considérer que ce sont là des présages de l'âge critique, surtout quand ils sont accompagnés de pseudo-narcotisme. La connaissance de ces faits empêcherait de confondre la cessation avec la suppression temporaire, et préviendrait l'emploi des purgatifs et des excitants sans avis du médecin. Si, au premier symptôme de l'âge critique, les femmes en bonne santé s'empressaient de consulter, observaient scrupuleusement un régime, et adoptaient une existence en harmonie avec la voie physiologique que suit leur santé, je crois qu'on éviterait la plupart des décès ; mais, comme c'est la fin d'une fonction naturelle, on pense qu'il est bon de s'en rapporter à la nature ; on ne prend pas les précautions nécessaires, et l'on ne demande un avis que lorsque le mal est fait. Il est donc utile de rappeler les règles d'hygiène les mieux calculées pour prévenir et pour guérir les maladies de l'âge critique, en appliquant ces règles aux grandes fonctions de l'économie humaine.

HYGIÈNE DES ORGANES DE LA REPRODUCTION. — J'ai démontré qu'il existe quelque chose de plus ou moins anormal et morbide dans les organes de la reproduction et dans leur action sur l'organisme

pendant la première moitié de la période qui nous occupe, et que, pendant la seconde, ils manifestent une tendance à l'atrophie. Peut-il y avoir une indication plus claire pour démontrer que jusqu'après la ménopause, le stimulus qui leur avait convenu jusqu'alors est devenu contraire à l'action de la nature ? Par suite, le mariage est un acte d'imprudence pendant cette époque de trouble. En outre, l'expérience m'apprend que des affections utérines se développent fréquemment chez des femmes qui se marient pendant l'établissement de la ménopause. J'admets, avec quelques physiologistes, que, comme une flamme mourante qui jette un dernier éclat, le désir des rapports sexuels est plus vif chez certaines femmes, quand la puissance reproductrice est sur le point de s'éteindre ; ce n'est pas la règle, cependant, car j'ai pu souvent constater que le dégoût de ces rapports était le premier avant-coureur de la ménopause. Je pense donc que l'incitation marquée aux actes sexuels est un fait généralement anormal, si elle ne constitue pas un état morbide dépendant d'affections névralgiques ou inflammatoires des organes génitaux ; ainsi se trouve corroborée l'assertion de B. de Boismont, que « quand l'excitation sexuelle se fait sentir pour la première fois, à l'âge critique, il doit exister quelque état morbide ovario-utérin qui l'explique dans dix-neuf cas sur vingt ». — Quoi qu'il en soit, j'estime imprudent pour les femmes de se marier à ce moment-là, sans avoir obtenu l'approbation d'un médecin. Si cette précaution avait été prise, je n'aurais pas eu à observer certaines malades, l'une atteinte d'une perte qui suivit le mariage, l'autre chez laquelle une légère affection de l'utérus s'aggrava considérablement, une autre qui vit se précipiter la marche d'un cancer latent jusqu'alors, d'autres enfin, frappées de folie, comme dans le cas suivant. —

Observation treizième. — Mme B. avait cinquante-et-un ans quand elle me consulta ; elle avait été toute sa vie une femme intelligente, active, décidée, un peu excentrique mais non pas nerveuse ; à l'âge de cinquante ans, pendant le temps d'incertitude, elle se maria. La nuit de ses noces, elle éprouva de vives douleurs abdominales, et eut des pertes considérables les jours suivants ; son moral en fut bientôt affecté, et elle devint sujette à

de véritables attaques de mélancolie et de tentations de suicide. Il était à remarquer combien son esprit était envahi par le doute ; elle ne pouvait le fixer sur rien et hésitait constamment entre le bien et le mal. Lorsque je la vis pour la première fois, elle n'avait pas dormi depuis quinze jours, elle éprouvait des sensations brûlantes dans les seins et dans la partie inférieure de l'abdomen, les menstrues étaient irrégulières, peu abondantes, de couleur foncée. Je donnai la morphine à l'intérieur, je prescrivis une succession d'emplâtres de belladone au creux de l'estomac, des boissons effervescentes et des bains chauds. Au bout d'une quinzaine, elle se portait beaucoup mieux ; six mois après, ce nouvel état persistait toujours, la menstruation s'était arrêtée. Cela se passait en 1847, et depuis lors ne s'est pas renouvelé, bien qu'elle ait eu à traverser des épreuves telles que les longues maladies suivies de la mort de son mari et de sa mère.

L'observation suivante montre comment les femmes essaient quelquefois d'arrêter la main inexorable du temps, en perpétuant l'apparition régulière du signe qui atteste l'intégrité des fonctions génératrices ; mais réussiraient-elles à le maintenir, cet écoulement ne proviendrait que d'un état maladif de la matrice, et ne permettrait pas la conception.

Observation quatorzième.— Il y a quelques années, je fus consulté par une dame âgée de quarante-huit ans, qui, à vingt-cinq ans, contracta un engagement sérieux, mais fut empêchée par sa famille d'épouser son fiancé jusqu'à ce que la fortune fût égale des deux parts ; elle ne se maria donc qu'à quarante-cinq ans. Le flux menstruel avait été jusque-là régulier comme époque, comme quantité, comme symptômes ; mais dès le mariage il ne reparut plus. Comme cette cessation subite coïncida avec des symptômes gastriques, avec une distension de l'abdomen, et surtout avec un grand désir d'avoir des enfants, on la crut enceinte, et elle fut soignée comme telle pendant plusieurs mois. Lorsque l'illusion eut disparu, elle fut inconsolable ; de plus, très-pointilleuse sur la question de l'honneur, elle redouta que son mari ne pût supposer que les règles s'étaient arrêtées avant son mariage. Je fus convaincu que le flux menstruel s'é-

tait arrêté naturellement et, un an après environ, j'appris qu'elle avait consulté un autre médecin, qu'elle avait pris du fer, des purgatifs, de fortes doses de sabine, jusqu'à ce qu'elle eut provoqué un écoulement effrayant. Cela avait continué plusieurs mois; d'autres symptômes d'inflammation du corps de la matrice s'étaient aussi manifestés sous l'action d'un traitement irrationnel et grâce au mariage contracté au moment de la cessation.

Les remarques qui précèdent ne sont pas sans importance, puisque il résulte du rapport du Directeur général de l'Enregistrement de l'état-civil qu'en 1851, 982 filles et 2,375 veuves se sont mariées entre 45 et 55 ans. Si quelques femmes, en Angleterre, chaque année, font un acte qui me paraît irrationnel, c'est parce que les êtres humains ne se laissent pas diriger par des considérations physiologiques et que, même lorsqu'elles n'aiment pas, il est des femmes qui se marient pour améliorer leur position ou pour faire voir qu'elles auraient pu se marier plus tôt, si elles l'avaient voulu, tandis que d'autres, comme des forteresses assiégées, finissent par se rendre pour obtenir le calme et la paix. Quand la menstruation est parfaitement normale, il n'y a pas de raison pour que les femmes ne se marient pas, bien qu'en agissant ainsi elles deviennent plus sujettes à la vaginite et aux formes bénignes de l'inflammation cervicale.

L'irritation externe peut être grandement soulagée ou même guérie par des lotions d'eau, ou d'infusion de graines de lin, froide ou tiède, ou bien d'eau de source dans laquelle on aura fait dissoudre de dix à vingt grains d'acétate de plomb, et dont on se servira trois fois par jour. Les injections vaginales et les lavements à l'eau tiède ou froide sont utiles pour diminuer l'irritation ; on peut aussi employer avec avantage la poudre suivante, après les lotions :

Camphre, soigneusement pulvérisé................	3vi
Acétate de plomb..................................	3i
Amidon...	3ij
Huile essentielle d'amandes amères...............	mx

Le bain tiède à 92 ou 95 Fahrenheit, pendant une heure, une ou deux fois la semaine, sera très utile. Le repos contribuera à

l'action complète de tous ces moyens, et on doit recommander comme favorable le repos sur un sofa pendant une ou deux heures, dans le milieu de la journée.

Hygiène des fonctions digestives.— Après avoir montré que la débilité, qui se manifeste souvent à l'âge critique, dépend d'un ébranlement du système nerveux, ou d'un excédent de sang qui n'est plus évacué chaque mois, il est rationnel d'engager les femmes, dès qu'apparaissent les irrégularités qui caractérisent cette époque, à diminuer plutôt qu'à augmenter la quantité de nourriture et de stimulants qu'elles ont l'habitude de prendre. Pendant la grossesse ou la lactation, ou aussi longtemps que la menstruation reste régulière et abondante, beaucoup peuvent sans inconvénient manger de la viande trois fois par jour et boire de la bière et du vin au déjeuner et au dîner ; mais lorsque le sang en excès produit par une nourriture substantielle ne peut être ni bien employé ni éliminé à intervalles égaux, il augmente les souffrances de l'âge critique, et empêche ou diminue l'efficacité des remèdes administrés. Je rougirais d'insister sur une chose aussi évidente, si je n'étais souvent consulté par des malades pléthoriques auxquelles un régime substantiel a été recommandé pour soulager les symptômes nerveux dont elles se plaignent. Il en est qui n'ont pas continué de suivre le conseil, parce qu'elles n'en ont retiré qu'un accroissement de souffrances, de somnolence, et qu'une vie matérielle plus modeste leur permet de mieux dormir et de souffrir moins. Si l'on applique ces observations aux femmes de cette catégorie, on prescrira au déjeuner du pain grillé ou des tartines de beurre avec du thé, du café ou du chocolat ; elles ne feront qu'un seul grand repas dans la journée, à l'heure qui leur conviendra, ou bien, si elles le prennent tard, elles intercaleront un goûter composé de pain et beurre, gâteaux secs ou biscuits, avec un verre de limonade, de bière, de gingembre ou d'eau de seltz. Leur dîner devra être complet ; poisson, viandes blanches, telles que poulet ou veau, de préférence au bœuf et au mouton ; la croûte du pain plutôt que la mie, les confitures et la glace plutôt que les puddings. Si, au contraire, elles prennent toutes sortes de farineux, de la pâtisserie, des gâteaux, les conséquences

naturelles seront le désir de prolonger le sommeil, le dégoût de l'exercice, les congestions, les hémorrhagies, les inflammations et l'apoplexie, ou bien elles acquerront un embonpoint désespérant. Il serait bon, pour les deux constitutions, maigre et grasse, que le principal repas fût pris à deux heures après-midi, afin de se trouver dans les meilleures conditions, ce qui est toujours possible, lors même que les devoirs de société exigeraient la présence d'une dame au dîner, à huit heures du soir.

Une tasse de thé, avec du pain grillé sec ou des tartines de beurre, ou bien une tasse de sagou, d'arrow-root, ou d'un aliment analogue, suffiront pour le souper, si l'on a dîné de bonne heure ; mais quand on dîne tard, on peut se passer de souper. Les fruits mûrs et les légumes ne sont nuisibles qu'autant qu'ils troublent la digestion. La nourriture, le sommeil, l'exercice doivent être différents chez les femmes qui ont une tendance à l'embonpoint et chez celles qui restent maigres, mais les unes et les autres doivent prendre garde à ces sensations de faiblesse et d'épuisement auxquelles elles sont également sujettes, et s'abstenir d'employer *trop souvent* comme remèdes, contre la langueur, la débilité et le nervosisme, ces vins, ces cordiaux, ces spiritueux qui ne procurent qu'un soulagement momentané au prix d'un redoublement d'épuisement, de vapeurs, de transpirations et de symptômes nerveux.

L'organisme réclame l'apaisement par les médicaments et le régime, plutôt qu'un stimulant par les spiritueux ; j'ai connu des femmes qui, par une fausse interprétation de leurs souffrances, ont tellement augmenté par degrés leur consommation ordinaire de vin ou d'eau-de-vie, qu'elles ont contracté l'habitude de l'ivrognerie. Un ou deux verres de vin de Xérès, de Bordeaux ou de Champagne purs ou mélangés avec de l'eau-de-Seltz, sont une moyenne convenable ; mais des malades ont dû renoncer même à ce minimum qui leur portait à la tête. Les boissons effervescentes comme la limonade gazeuse, la bière de gingembre, etc., sont bien indiquées ; le café serait pris faible ou même supprimé, et il ne faudrait user du thé qu'avec modération. Des malades ont prolongé leurs souffrances en en prenant à toute heure, car dix

ou douze tasses de thé en vingt-quatre heures ne peuvent que fatiguer le système nerveux. Quelques femmes du type pléthorique feraient bien de s'abstenir, pendant un certain temps, non seulement de vin et de café, mais encore de poivre et d'épices. L'embonpoint étant dû au développement de la graisse dans les tissus abdominaux, aussi bien qu'à une flatulence fréquente, le ventre devient souvent protubérant et flasque ; une légère ceinture élastique pour le soutenir procure un grand soulagement.

Lorsque les femmes sont maigres, faibles et à demi chlorotiques, elles ont besoin de plus de nourriture et de stimulants ; mais bien qu'elles les supportent sans incommodité, ou même avec un avantage positif, elles ne devraient pas moins consulter, car cet état demande l'emploi des médicaments.

HYGIÈNE DES FONCTIONS CUTANÉES. — Comme moyen de conserver la santé, les bains sont bons, au moins une fois par semaine, à l'âge critique ; les femmes sujettes à des transpirations profuses peuvent en user plus fréquemment. L'eau en devrait être suffisamment chaude pour produire une sensation agréable, entre 92° et 94° Fahrenheit, la malade y restant une demi-heure ou une heure ; si l'on éprouvait une tendance à la céphalalgie, on devrait s'éponger la tête avec de l'eau froide. On peut faire un bain cosmétique en prenant deux livres d'orge, de farine de fèves ou d'avoine, huit livres de son, et quelques poignées de feuilles de bourrache, et en faisant bouillir ces ingrédients dans une quantité d'eau suffisante ; ce mélange nettoie et raffermit la peau. Une friction douce faite par une main amie et continuée longtemps sur toute partie douloureuse est souvent d'un excellent effet. En Orient, lorsque je considérais les longues et douces frictions opérées par les domestiques sur les jambes et sur la plante des pieds des personnes riches, je ne pouvais m'empêcher de penser que le bien-être qui en résultait pouvait bien être dû, moins à la friction mécanique qu'à une sorte d'influence sur les expansions nerveuses, dont la peau est si abondamment pourvue. Frotter la peau sur tout le corps jusqu'à ce qu'elle devienne rouge peut constituer un moyen utile pour améliorer la santé des enfants scrofuleux ou des petites filles chlorotiques, mais inapplicable

aux femmes parvenues à la période qui nous occupe. Les fonctions accessoires de la peau sont alors si importantes qu'elles exigent qu'elle soit couverte le plus possible ; quand il existe une grande tendance à la transpiration, la flanelle devrait être mise immédiatement sur la chemise, et en hiver sur la robe de nuit, lorsque la malade transpire abondamment dans son lit, précaution sans laquelle elle prendrait froid à chaque changement de position.

Hygiène du système musculaire. — L'exercice est extrêmement utile pour trois raisons : 1° il diminue la congestion des organes internes en transportant le sang aux jambes ; autant l'exercice de l'après-midi, tel que l'a imaginé la vie civilisée, est dangereux pour tous, et en particulier pour les personnes sanguines, autant est bienfaisant un exercice doux, régulier, long et continu, pendant la partie fraîche de la journée ; 2° il produit un effet de déplétion en portant davantage la transpiration à la peau et en favorisant l'excrétion de l'urine par les reins. Le docteur Leyman a trouvé que, en substituant un exercice violent à un exercice modéré, la quantité relative de l'urée extraite des urines variait de 32 1/2 à 45 1/2. M. Simon, d'un autre côté, a trouvé que la quantité d'urée extraite de l'urine rendue après deux heures d'exercice violent était double de celle contenue dans l'urine du matin. Ce peut être l'une des raisons pour lesquelles quelques malades pléthoriques tirent profit de l'exercice poussé jusqu'à un certain degré de fatigue, ainsi qu'il est recommandé par Aubert ; 3° l'exercice épuise ces énergies surabondantes qui, bien que peu ressenties, produisent, quand elles n'ont pas d'emploi, des inquiétudes, du nervosisme, de l'agitation, de l'hystérie — cette échelle glissante qui mène si insensiblement à des désordres moraux, plus sérieux que ne les ont annoncé des prodromes presque inaperçus, jusqu'au moment où des accidents imprévus nécessitent une enquête rigoureuse sur l'état antérieur des malades.

Les observations relatives à l'exercice s'appliquent plus particulièrement à la marche ; la promenade en voiture découverte est évidemment une bonne chose, mais l'exercice du cheval doit

être discontinué jusqu'après la cessation; d'ailleurs, son utilité pour favoriser la menstruation indique suffisamment qu'il doit être interrompu pendant le temps qui précède et qui suit la ménopause, car il peut provoquer des pertes, des hémorrhoïdes et la leucorrhée. Il est évident que les remarques précédentes n'ont pas leur application aux cas où ce passage est caractérisé par une débilité constitutionnelle profonde. La marche est souvent alors une difficulté insurmontable; il faut essayer de la vaincre par degrés; l'exercice du cheval est en-dehors de la question.

Hygiène du système nerveux. — L'on ne saurait trop répéter que le nervosisme, sous toutes ses formes, doit être considéré comme à peu près inévitable à cette période, et qu'il pourrait être prévenu en conformant les habitudes de la vie ordinaire aux changements auxquels on s'attend. Il suffit de dire que les souffrances seront aggravées par la fréquentation des bals, des soirées, des spectacles, car on n'y rencontre pas seulement de nombreuses causes d'excitation, mais encore on y peut respirer un air chaud et vicié. Les principes que j'ai déjà posés touchent indirectement à la diminution du nervosisme, mais il m'est facile de démontrer combien le système nerveux est facilement ébranlé par des mauvaises nouvelles inattendues, et, en général, par toute émotion vive; je prendrai mes exemples dans les classes inférieures, où le système nerveux de la femme est moins excitable que dans les classes élevées.

Mme N., bien réglée jusqu'à cinquante ans, voulut aller voir l'enfant d'une de ses voisines qui avait été cruellement brûlé; une hémorrhagie effrayante fut la conséquence de cette visite. S. L. éprouva le même effet en apprenant inopinément la mort de son mari. A. B. vit le flux menstruel s'arrêter tout-à-coup, en acquérant la certitude que son mari était devenu fou. Le fait le plus curieux peut-être de l'action de l'imagination sur l'organisme a été publié, récemment, par un journal français: — Une dame extrêmement nerveuse, âgée de quarante-huit ans, et qui avait cessé d'être menstruée depuis quatre ans, assistait sa sœur dans le travail d'un long et pénible enfantement. Tout était terminé depuis quelques heures, lorsqu'elle fut prise de douleurs sembla-

bles qui produisirent une hémorrhagie pendant plusieurs jours. Mais, trois jours après qu'elle se fût arrêtée, les seins se gonflèrent, et les mamelons laissèrent échapper un fluide laiteux. Brierre de Boismont et autres ont aussi vu l'hémorrhagie, lors de la cessation, produite par une forte émotion ou par une violente colère.

Les femmes du type pléthorique ne devraient pas se permettre trop de sommeil ; celles qui sont maigres et nerveuses, au contraire, seront encouragées à profiter de tout le repos que la nature leur permet de prendre ; elles pourront même faire une sieste après leurs repas, le sommeil étant le meilleur reconstituant et un anti-spasmodique héroïque. Pour combattre l'insomnie persistante provenant d'une irritation nerveuse, un bain chaud, avant le coucher, est aussi efficace pour les femmes parvenues à cette époque que pour les enfants. Plus d'une fois, dans les cas graves de cette nature, j'ai fait envelopper la malade de la tête aux pieds, dans de la ouate, ce qui procure toujours confort, chaleur et sommeil profond.

Lorsqu'il se développera des désordres cérébraux, qu'il faudra absolument ranger parmi les cas de folie, le médecin devra expliquer aux parents de la personne affectée que le système nerveux ne souffre que d'un désordre passager ; que toute violence aggraverait des symptômes déjà trop pénibles ; et qu'il serait cruel de traiter comme folie confirmée les écarts du caractère, les fantaisies de l'esprit, la perversion de l'intelligence, qui, après un traitement de quelques semaines ou de quelques mois, peuvent être considérablement modifiés ou même disparaître complètement. L'éloignement temporaire des objets qui inspirent de l'aversion, une attention constante à procurer à la malade, le plus de relations de société possibles, un encouragement intelligent à ses occupations favorites, sont des points de grande importance ; il est bon de ne pas ignorer que le travail manuel empêche l'exagération de la sensibilité au sujet des choses aimées, et que, s'il est si utile dans les cas de folie confirmée, à plus forte raison aura-t-il de bons effets en diminuant la tendance à un dérangement mental de forme aiguë.

Bien que pouvant, grâce à mon âge, faire appel à une grande expérience des dangers qui menacent la puberté et l'âge critique, je ne puis encore dire quelle est celle de ces deux crises qui demande les soins les plus judicieux, ou d'intelligentes et amicales sympathies, et l'appui habituel d'un esprit supérieur en qui l'on ait placé sa confiance. Il est certainement surprenant qu'une femme fortement constituée, d'une santé parfaite, mangeant avec appétit, buvant une demi-bouteille de vin par jour, puisse être mise hors d'elle-même par des contrariétés, être abattue et attristée par le moindre effort mental, et brisée par une attaque grave de névralgie cérébrale ; cependant de semblables cas ne sont pas précisément rares, et ils peuvent durer une, deux années et plus, après quoi la malade recouvre graduellement sa liberté d'esprit. Des tentatives prématurées pour reprendre les habitudes de la vie ordinaire augmentent la fréquence et la gravité de ces attaques et compromettent la chance d'une guérison définitive. Je connais une dame, de bonne constitution, bien qu'elle ait été un peu nerveuse toute sa vie, qui, au moment où la menstruation allait cesser, perdit une sœur chérie, puis un mari plus aimé encore. Son énergie mentale et sa force physique furent complètement abattues, mais, comme elle continua à paraître en bonne santé et à manger avec appétit, ceux qui l'entouraient ne comprirent pas qu'elle était incapable de satisfaire aux devoirs de sa position, et cherchèrent plusieurs fois à ranimer son courage ; chaque nouvel effort fut suivi d'un nouvel abattement. Des attaques de plus en plus fréquentes de névralgie cérébrale la rendirent idiote pendant quelque temps, et jamais elle ne revint à l'état primitif de santé morale dont elle avait joui. Surveiller la régularité des selles, administrer un purgatif toutes les deux ou trois semaines, et quelques sédatifs doux, faire voyager et changer d'air, sont les meilleurs moyens que je puisse indiquer pour soustraire les femmes aux dangers que court, pendant cette période, leur état mental.

Les voyages sont de très puissants fortifiants du système nerveux, car ils placent la malade dans des conditions entièrement nouvelles dont chacune appelle son attention, sollicite son intérêt,

captive ses facultés, et l'éloigne complètement de la série des pensées auxquelles elle a été comme enchaînée jusque-là. En outre, l'exercice que l'on prend volontairement, sous diverses formes, augmente la vigueur des muscles et par suite celle du cerveau ; l'esprit est souvent tranquillisé par la probabilité du retour à la santé au moyen d'un séjour agréable aux bains de mer ; il se replace sous l'autorité du médecin et recouvre la paix et la tranquillité. En vérité, tout ce que l'on a dit sur la valeur des bains, de l'exercice, sur l'avantage de se livrer au charme de la nature plutôt qu'aux plaisirs du monde, tout cela démontre clairement que la combinaison de ces éléments divers peut rendre de grands services pour prévenir et guérir la maladie, quand vient l'âge critique. Les femmes favorisées d'une grande fortune peuvent facilement prendre elles-mêmes les précautions utiles pour bien passer cette période critique et refaire leur constitution, cela dût-il durer plusieurs années, et j'ai indiqué ailleurs les grands avantages qu'on peut retirer de l'usage judicieux des eaux minérales.

HYGIÈNE MENTALE ET MORALE. — J'ai déjà dit que, pendant l'âge critique, le système nerveux était tellement troublé que l'habileté du médecin, confident de ces perturbations mentales et morales, se trouve mise à une rude épreuve. L'étude du caractère de la malade lui apprendra quelle est l'occupation ou la distraction qui siéra le mieux à son esprit, et remplacera effectivement celles qui ont précédé. S'il n'est pas prêt à parler en théologien, en moraliste et en philosophe, sans cesser d'être médecin, ses remèdes bien souvent ne serviront pas à grand'chose. On ne doit pas s'étonner de ce que l'imagination des femmes se trouve obscurcie par la certitude que l'âge les marque de sa première empreinte ineffaçable ; mais celles dont l'esprit est formé par une bonne éducation se conformeront rapidement à leur nouvel état et reprendront un certain courage, en sachant que de cette époque date leur immunité à ne plus devenir mères, et à ne plus éprouver les désagréments mensuels qui les affligeaient naguère.

Le bon sens naturel d'un grand nombre d'entre elles leur fera comprendre que la notion d'après laquelle, cette période passée,

il reste peu de chose aux femmes pour les consoler des anxiétés et des troubles de la vie, est *une idée païenne*, appropriée à la condition du sexe féminin dans l'antiquité grecque et romaine, où son rôle se réduisait à se plier aux désirs de l'homme et à produire des enfants, situation inapplicable à la femme émancipée par les doctrines du christianisme. Il faudrait leur montrer que l'importance de leur position, à la suite de ce grand changement, doit se mesurer par la longueur de l'existence qui leur est, dès lors, dévolue, et par la remarquable immunité dont elles sont généralement douées. Enfin, on devra leur rappeler que de nombreuses sources intimes de satisfaction sont spéciales à chaque âge, et qu'il serait déraisonnable de demander à une période les plaisirs accordés à une autre ; chaque chose en son temps.

« Qui n'a pas l'esprit de son âge,
« De son âge a tous les défauts. »

Tandis que la santé se modifie aussi profondément, il ne faut pas croire qu'il en résulte la disparition des agréments physiques. Il y a une sorte de beauté inhérente à l'enfance, qu'il est facile d'entretenir; cette beauté fascine ; celle de l'âge mûr provoque l'admiration , et même, chez certaines femmes, il se manifeste, après la ménopause, une si majestueuse beauté automnale, tempérée d'amabilité, qu'elle charme tous ceux qui approchent de son cercle enchanté. A celles qui ressentent les ardeurs de l'ambition, on peut représenter sans crainte d'erreur que leur influence sur la vie intime de la société, des plus hautes aux plus basses couches, leur présente un vaste champ d'action. Il en est beaucoup qui n'ont jamais pensé à la culture de leur esprit jusqu'au moment où leur influence disparaît avec leurs charmes et qui, songeant alors à acquérir un empire moins fragile, s'adonnent à des études littéraires. D'autres gouvernent le cercle restreint ou étendu où elles vivent ; elles deviennent les guides. les soutiens, les conseils de ceux qui les environnent. Ce ne serait pas trop dire que d'affirmer que les éléments divergents de la société ne peuvent jamais se trouver d'accord que par une concession volontaire de l'autorité à l'influence combinée de l'âge et du

sexe. C'est un chapitre d'histoire que les modifications sociales qui ont vu le jour dans les salons de Madame Lambert, de Madame de Tencin et de Madame du Deffant. Ceux qui connaissent la société française de notre époque, se rappellent le règne de Madame Récamier, au milieu d'un cercle d'amis, tous hommes de talent ; moi-même, pendant mon séjour à Paris, j'ai été fréquemment témoin de la douce influence de Madame Swetchine, dirigeant vers tout ce qui était grand et noble les hommes éminents qui se réunissaient autour d'elle, guidant bien des jeunes femmes à travers les circonstances difficiles de la vie, pansant les blessures causées par l'inexpérience, et recueillant les bénédictions pour le bonheur dont elle était la cause (1). Tel me paraît être le plus noble mobile d'une louable ambition chez la femme ; faire le plus de bien possible au plus grand nombre de ses amis. Le temps éteint les yeux, détruit l'éclat et la fraîcheur, creuse des rides sur le front, mais ne peut éteindre le feu séraphique qui brûle dans le cœur des femmes, les pousse à des œuvres de charité, et leur inspire le désir de soulager les plaies connues et cachées qui affligent la société. Celles qui touchent à leur crépuscule, sans avoir passé par les vicissitudes anxieuses mais désirables de la vie de ménage, privées de leurs parents, malheureuses dans leurs amitiés, peuvent trouver, dans les mille sortes d'afflictions imméritées qu'on rencontre à la campagne ou dans les faubourgs de nos villes populeuses, à utiliser une ardeur de pensée, une force d'abnégation auxquelles l'état factice de notre société n'a pas laissé suivre leur cours le plus naturel et le plus agréable. Pourquoi donc les femmes, sensées en toute autre manière, seraient-elles parfois incapables d'accepter leur nouvelle position, et, au lieu de rester bonnes et charitables, deviendraient-elles maussades, moroses et tristes, ne voyant toutes choses qu'à travers un voile de deuil ?

Les appels les plus désespérés à la sympathie du médecin sont adressés par celles qui, énervées par l'âge critique, se trouvent seules dans le monde, privées au moment où elles en ont le plus

(1) Ces lignes ont été écrites, dans ma seconde édition, avant que Mme Swetchine soit morte, longtemps avant que Falloux ait publié ses œuvres, qui ont été traduites en anglais, et lues d'un bout à l'autre. (*Note de l'auteur.*)

grand besoin de la consolation que donnent la piété filiale ou l'affection conjugale. Il est impossible de leur répondre d'abord autrement que par un regard sympathique et une poignée de main silencieuse ; mais si les pleurs éclatent, soulageant l'esprit malade de la moitié de son fardeau, entraînant la tristesse, l'inquiétude et le doute, on peut espérer que le temps calmera ces douleurs, et qu'après une période plus ou moins longue il ne subsistera plus rien que le doux, calme et clair souvenir du bonheur passé, qui a inspiré un jour la pensée que l'amour passionné et la tendresse dévouée doivent être éternels. Là encore le meilleur moyen de procurer du soulagement est de trouver quelque occupation de nature à absorber l'attention de la malade, comme la musique, le jardinage, l'éducation d'un enfant de la famille ou adoptif, la tenue d'une école ou une œuvre de charité. Le continuel frottement des relations sociales pourra contribuer à adoucir les aspérités du caractère, et à rendre la paix et la tranquillité à l'esprit troublé. En pareil cas, il faut toujours essayer de prévenir l'absorption de l'esprit en lui-même, car la pensée est capable de se prolonger si profondément dans ses propres spéculations que la vision mentale peut en être affectée de désordres analogues à ceux qui frappent l'œil trop longtemps fixé sur la même couleur ; les objets environnants perdent leur apparence réelle et se revêtent de teintes extraordinaires.

LES CAUSES MORALES DE LA STÉRILITÉ

Par le D[r] Horatio, R. Bigelow, Washington.

(*Suite*).

Dans une récente discussion à l'Association médicale anglaise, à laquelle plusieurs des hommes éminents d'Angleterre prirent part, le jugement unanime fut que il est moins nuisible pour la santé d'avoir beaucoup d'enfants que de se livrer aux manœuvres qui ont pour but d'éviter la conception. Le vénérable West accuse « l'imparfait accomplissement » des rapports sexuels d'être une des

causes fréquentes de l'engorgement utérin et de l'hypertrophie du col. Je suis heureux de pouvoir citer ces paroles d'un homme éminent. Le moment est venu où le praticien honnête doit mettre de côté cette fausse modestie qui cache une foule de pratiques coupables et découvrir les maux physiques et moraux qui règnent parmi les gens mariés.

Dans une communication (Des dangers et des devoirs du foyer domestique), le Dr Goodell a répété les arguments de son manuel et s'est élevé avec force contre le mal toujours croissant. Le cri d'alarme a été poussé et il trouve un écho dans la salle d'attente de chaque gynécologue, et dans la bibliothèque de tout économiste politique.

Maintenant comment combattrons-nous l'ennemi ?

Quelles mesures préventives emploierons-nous ?

Nous devons enseigner deux choses, quand et partout où nous en trouverons l'occasion.

D'abord, nous devons répandre partout la connaissance de l'hygiène sexuelle et la physiologie de l'appareil sexuel chez les femmes ; secondement, nous devons détruire ces ambitions toujours croissantes de la femme moderne qui les rend incapables d'accomplir leurs devoirs de femme et de mère.

L'ascétisme extrême dans le système actuel d'éducation de la femme, conjointement avec les exigences sociales que la civilisation de nos jours fait peser sur elle sont les premiers éléments du mal. Il y a trois classes dans le monde de la femme, dans l'une desquelles elle a l'ambition d'être enrôlée. L'école des lettres ; l'école de la politique ; l'école de la société. Le cerveau de la jeune fille se développe aux dépens de son corps. Elle se bourre d'études qui dévorent un temps qu'elle devrait donner à l'exercice ou au repos. Arrivée à l'âge de la puberté, avec des connaissances mal définies de ses rapports physiologiques, elle se trouve en proie à des sensations qui la troublent, auxquelles elle ne peut assigner aucune cause, et qu'elle ne peut ni comprendre ni décrire.

A ce moment, il se produit souvent une névrose érotique, une paralysie réflexe ou de la neurasthénie, ce qui est parfaitement naturel et en accord absolu avec la plus grande pureté de pen-

sées, de paroles et d'actions, et qui est due soit à un engorgement utérin, soit à l'influence de l'état intellectuel résultant d'une contemplation prolongée, que l'instruction naturelle en rapport avec son sexe aurait rendue impossible. Avec une ambition extrême à surpasser ses camarades, elle se livre avec énergie aux études de la philosophie, des mathématiques et des classiques. Elle suit irrégulièrement les lois de la nature ; elle mange peu, à des heures irrégulières, elle donne à l'étude et consacre à ses classes la plus large part du temps qu'elle devrait consacrer aux exercices musculaires en plein air. Ses périodes menstruelles sont précédées de maux de reins, de maux de tête et d'un malaise général, mais elle se fatigue quand même, faute de connaître la signification de ces symptômes, puisqu'on ne le lui a pas appris. Elle obtient ses grades avec de grands honneurs, ses amies accourent pour la féliciter, elle est reconnue comme une autorité dans le monde des lettres, mais physiquement c'est une ruine. Elle se marie et est stérile, soit par suite d'une union mal assortie qui rend le coït douloureux, ou par suite d'une inflammation utérine chronique avec déplacement, ou pour d'autres raisons particulières. Des enfants gêneraient ses études, sa correspondance ou ses engagements sociaux. Comme l'âge arrive et que les plaisirs de la jeunesse font défaut, le désir de la maternité devient très vif chez elle et elle éprouve trop tard le chagrin de rester sans enfants. Elle s'est créée un état auquel le gynécologue ne peut rémédier. Il est, généralement parlant, impossible à une femme d'être forte et belle et d'être une heureuse mère de beaux enfants, si elle a été poussée dans sa jeunesse comme une plante dans une serre chaude. Le système actuel des collèges de femmes est en grande partie responsable de la stérilité et de la dégénérescence physique des femmes américaines. L'intelligence et le corps doivent marcher de pair. L'un ne peut se développer normalement aux dépens de l'autre. L'âge de la jeune fille est un âge préparatoire de la puberté. Si la femme veut être forte et belle, la jeune fille doit être élevée suivant certaines règles. Tel est le rapport entre les plexus nerveux utérins et l'axe cerebro-spinal que l'un ne peut souffrir sans l'autre. Les fonctions utérines ne peuvent s'accom-

plir convenablement, si le cerveau fonctionne en dehors des heures de veille. Les troubles de la menstruation sont si communs chez les maîtresses d'école et leurs élèves, qu'il semble que c'est exceptionnellement qu'on rencontre chez elles ces fonctions accomplies normalement. Si, dans sa première éducation, on inculquait à la jeune fille que la santé physique est le premier de tous les biens, qu'être l'heureuse mère de beaux enfants est le plus brillant joyaux de la couronne d'une femme de valeur et que le meilleur moyen d'accomplir les desseins de Dieu est d'apprendre à être honnête et fidèle dans toutes les circonstances de la vie, il y aurait moins de femmes stériles, moins de femmes souffrantes. Au lieu de vivre « dans un milieu de pensées simples et de pures croyances » la jeune élève est environnée d'exagérations qui la mènent à sa perte. Je ne me suis jamais associé au cri populaire en faveur de l'éducation plus élevée des femmes, si par là on entend forcer son développement.

L'éducation la plus élevée qu'on puisse donner à une femme, c'est la connaissance de sa physiologie, de ses devoirs et de ses besoins ; son plus grand devoir « se conduire honnêtement dans la situation qu'il a plu à Dieu de lui donner dans la vie. » Si nous retournons aux états plus primitifs de la vie, dans l'histoire des nations civilisées, nous trouvons des leçons sur la théorie et sur la pratique de l'éducation, que notre civilisation avancée ne peut nous donner. Dans tout le cercle de l'éducation morale, sociale, artistique, physique, intellectuelle et politique, les Grecs étaient plus avancés que nous, bien que ne possédant que peu de ressources dans les progrès des hommes. L'éducation grecque avait son côté idéal et son côté pratique, l'un représenté par Platon, l'autre par Aristote ; l'éducation pratique romaine a été glorifiée par les écrivains théoriciens de ses premières périodes, Caton le Censeur, Cicéron et plus tard Quintilien. Du temps de ces écrivains, être sans enfants était pour la femme une disgrâce et cependant, ce qui est triste à dire, les arts et les études n'étaient pas en décadence. John Sturm, de Strasbourg, a exposé un système d'éducation humaine, opposé à l'idéalisme et au naturalisme. Mais le système simple et naturel de John Sturm ne satisfait pas les aspirations

actuelles de la femme. Elle travaille à la reconnaissance de ses droits politiques. La plus grande préoccupation de son âme, qu'alimente sans cesse une ambition non satisfaite, ne trouvera protection et appui que dans l'égalité des deux sexes devant la loi. Moralement, je ne vois pas de raison pour que cette égalité ne soit pas reconnue, si cela peut contribuer à son bonheur ; je ne suis pas non plus opposé à son admission dans les professions scientifiques.

Je considère ces questions comme des manifestations d'une civilisation maladive, qui créent des cas sporadiques de surexcitation nerveuse. Mais une femme dont l'esprit est si rempli de ces idées et d'autres sujets de même nature, prive sa maison de sa société et des grâces féminines qui font la vie douce à tous ceux qui l'entourent et devient, en quelque sorte, sans sexe, en rapport avec ses sentiments caractéristiques. Elle devient impropre à la maternité, soit à cause de son dégoût à en accepter les responsabilités, soit pour des raisons physiques créées par l'excitation provenant de sa manière de vivre. Si elle ne vise ni à la littérature, ni à la politique, elle aspire peut-être à briller dans le monde. Rien ne détourne une femme de la vie d'intérieur douce, simple et agréable à l'âme comme ce mouvement continuel d'excitation dans lequel ce rôle la force de vivre. Les accès de gaîté qui la saisissent à chaque instant sont des ébranlements physiques que peu de femmes peuvent supporter. La veille, la forme de la robe, l'action du drame, la liberté de la conversation entre les sexes, qui amuse par ses expressions légères à double entente, les réflexions que suggère la danse et les condiments fortement épicés de la table maintiennent un état persistant d'éréthisme utérin que même des rapports légitimes ne peuvent entièrement satisfaire, par suite de la crainte de la grossesse. Une telle femme donnera souvent pour excuse les frais d'entretien d'une nombreuse famille, disant qu'elle et son mari ont tout juste assez pour tenir un rang convenable, ou qu'elle ne se soucie pas de voir les soins de la maternité entraver ses plaisirs, mais qu'elle choisira un moment plus opportun. Une telle dissipation sociale, qui dépasse les limites de la licence civilisée, donne naissance à un sentiment éroti-

que violent et non satisfait, qui amène à des habitudes de perversion des rapports sexuels qu'il est impossible de nommer.

La satisfaction qui n'entraîne pas la possibilité de la grossesse n'est obtenuè que par des moyens qui détruisent la bonne santé et la bonne morale.

On a rarement recours, dans ce cas, à un coït normal et nous pourrions enregistrer, nous autres gynécologues, beaucoup de cas dans lesquels maris et femmes ont mis en œuvre des moyens repoussants et hors de nature ou d'autres dans lequels la masturbation a été souvent pratiquée. Cette habitude d'abuser de soi-même a été souvent employée par deux femmes ensemble. Je crois que de telles pratiques sont le résultat d'une civilisation fiévreuse, tourmentée et fortement excitante. Une civilisation qui, en toute chose, tend à créer l'irritation ovarienne et à forcer la femme à une contemplation continuelle de sujets malsains. Cet onanisme conjugal est dû alors, tant que la civilisation et la société seront mises en cause : 1° au faux système d'éducation qui développe le cerveau aux dépens du corps; 2° à l'état d'agitation de nos femmes, état créé par l'éducation et par les caprices continuels de la société de nos jours; 3° par les goûts de dépense et les habitudes de notre peuple ; 4° par les excès de la vie journalière, qui tend à créer une irritation de l'appareil sexuel; 5° par les états subjectifs de la conscience.

Dans les beaux jours de la jeunesse, lorsque l'avenir se dessine aux yeux inquiets de la jeune femme, avec ses possibilités de grandeur et avec les conquêtes entraînantes de la situation sociale, elle use, pour éviter d'avoir des enfants, de moyens qui créent une habitude de stérilité.

Lorsque la satiété arrive et que la coupe du plaisir a été vidée jusqu'à la lie, ou, quand le sentiment de la désillusion et de l'imperfection de sa vie s'éveille et excite les désirs véritablement propres à la femme, elle souhaite ardemment avoir des enfants. Le plus triste c'est que « le repentir vient trop tard. » Elle a fait d'elle une femme stérile et elle doit en subir les conséquences.

La valeur individuelle d'une femme remportant des distinctions intellectuelles n'est pas à considérer dans cette question.

Ayant les mêmes privilèges, la même éducation, et obligée, par la même nécessité, de se suffire à elle-même, je ne vois pas pourquoi elle ne serait pas considérée comme un concurrent sérieux dans l'espèce. Pareille chose ne serait pas possible tout de suite, mais elle le deviendrait après des années d'efforts dans ce but. Elle serait le résultat de l'influence héréditaire transmise, qui deviendrait plus puissante à chaque génération. Un tel état de choses, cependant, ne serait pas d'accord avec le véritable accomplissement de ses fonctions caractéristiques et pourrait, avec le temps, la rendre impropre aux devoirs qui lui incombent. Là, il doit y avoir une période physiologique de repos. Aucune femme ne peut se soustraire à la menstruation. Par une ovulation active et la congestion utérine qui en est la conséquence, par la participation à cet acte de tout l'axe cérébro-spinal, le cerveau en activité perd certaines conditions de concentration et d'abstraction nécessaires à son fonctionnement complet. Des imprudences commises dans de telles circonstances ont été suivies, tôt ou tard, de souffrances physiques et de douleurs.

Le cerveau en activité, chez une personne en proie à la douleur, se nourrit à ses dépens ; il épuise le corps et le système musculaire s'efforce en vain de marcher de pair avec lui. Ce n'est pas une question de capacité intellectuelle, mais de puissance physique. Une telle femme, qui ne serait femme que de nom, pourrait accomplir sa destinée à travers les âges ; mais ce ne serait qu'aux dépens de la fonction de reproduction. La stérilité a une signification spéciale, non seulement pour les gynécologues, mais aussi pour tous les hommes qui s'intéressent à l'éducation, à la perpétuation, à l'élévation de la race humaine.

Une monographie de Col. Higginson, de Boston, et un article dû à la plume habile du Dr Mary Putnam Jacobi, dans la Revue *North American Review*, de janvier 1882, sont des arguments qui doivent être favorablement accueillis, car ils émanent d'esprits estimés.

Ils traitent principalement des capacités intellectuelles des femmes à remplir des fonctions masculines, professionnelles, politiques et cléricales. Le Dr Jacobi s'occupe des statistiques touchant

les succès des femmes médecins, tandis que Col. Higginson s'efforce d'embrasser tout le sujet en y comprenant la physiologie. Ce dernier est étrangement muet sur les effets ultimes des états intellectuels, résultant d'une sérieuse abstraction sur la condition physique des générations à venir. Il oublie de citer un certain nombre d'affections utérines qui peuvent être engendrées par des efforts intellectuels extraordinaires. Il établit les faits objectifs physiologiques, mais il ignore les processus subjectifs des conditions pathologiques. Il se base sur les prémisses actuelles, oubliant que le cours des années peut amener des modifications. La question n'est pas tant liée à la femme, telle qu'elle est aujourd'hui, qu'à l'effet que ces innovations projetées peuvent avoir sur la postérité.

Accorder que la femme soit, dans tous les cas, capable de marcher de pair avec l'homme, dans les vocations scientifiques et cléricales, est un fait qui, par parenthèse, on peut le dire, n'est pas possible sans une réforme dans les institutions sociales et jusqu'à ce que des années d'expérience et de discipline aient accoutumé la société à un nouvel ordre de choses; la question encore en suspens est de savoir auquel des deux profiterait le changement. Admettons, en outre, qu'il n'y a pas de différence essentielle entre le développement cérébral chez les hommes et chez les femmes; nous sommes encore en présence du problème à résoudre, à savoir : si leur puissance physiologique est suffisante pour faire accorder avec sûreté l'état d'activité intellectuelle avec les obligations de la maternité. On peut considérer cet argument comme celui qui renferme le plus complètement les qualités requises chez la femme parfaite, — celle qui est entrée en lutte avec l'économie politique, qui a vaincu ses difficultés, et a atteint le but de ses aspirations d'être à la tête de son sexe, ou la femme policée, bien élevée et dévouée, qui s'adonne entièrement à l'éducation de toute sa progéniture et à son éducation personnelle, comme la véritable compagne de son mari — qui, après des années, peut revivre dans ses enfants et qui, dans l'éclat de sa vieillesse, peut les voir vivre heureux et honorés. Une activité sans repos, un désappointement avec ses doutes et ses récriminations et un man-

que de respect pour sa vocation propre, marchent de pair avec la stérilité. A part ces considérations, sur l'influence de l'éducation et de la société, il y a des causes inhérentes à la femme, des états de sa conscience, qui exercent une influence puissante sur la fonction utérine et qui peuvent engendrer la stérilité chez une femme qui, dans d'autres circonstances, aurait été fertile.

Platon dit qu'il n'y a pas de différence naturelle entre les sexes, sauf dans la force, et qu'ils pourraient tous les deux prendre part également au gouvernement de l'Etat.

Carl Russell, dans « Le gouvernement Anglais et la constitution, » dit : « Nous pourrions facilement prouver la capacité extraordinaire des femmes pour la politique. Nous serions désireux d'entamer la lutte sur cette seule question. Sans revenir jusqu'à Zénobie, nous pouvons fournir une longue liste de femmes qui, à chaque époque et dans chaque pays, ont eu une influence très grande et souvent prééminente sur le progrès naturel, et une influence qui n'était pas due à l'intrigue, mais entièrement à leurs capacités politiques. (Cité par Charles Anthony, dans la « Dépendance sociale et politique des femmes). »

Mme Mills répond ainsi à l'argument basé sur l'incompatibilité de la vie active avec la maternité et les soins du ménage : « L'argument de la maternité est ordinairement trop souvent mis en avant, bien que, il est utile de le dire hautement, cette raison, si c'en est une, ne puisse s'appliquer qu'aux mères. Il n'est ni nécessaire ni juste de condamner les femmes à être ou mères ou rien ; ou, si elles ont été mères une fois, à n'être rien de plus pendant tout le reste de leur vie.

Ni les femmes, ni les hommes n'ont besoin d'une loi qui les exclue d'une occupation, s'ils en ont choisi déjà une autre incompatible avec elle. Personne ne propose d'exclure le sexe mâle du parlement, parce que un homme peut être soldat ou marin en service actif, ou un négociant auquel tout son temps et toute son énergie sont nécessaires.

Les neuf-dixièmes des occupations des hommes les éloignent *de fait* de la vie publique aussi bien que une loi d'exclusion ; mais ce n'est pas une raison pour faire des lois pour exclure même les

neuf dixièmes, encore moins le dixième restant. La même raison existe pour les femmes, comme pour les hommes. Il n'est pas besoin d'interdire d'avance, par une loi, à une femme de s'occuper des détails actifs du ménage, de l'éducation des enfants et en même temps d'avoir un état ou d'être élue au parlement. Là où l'incompatibilité est réelle, elle s'en apercevra elle-même ; mais c'est une grave injustice de s'appuyer sur l'incompatibilité pour exclure les femmes dans les cas où cette incompatibilité n'existe pas. Et celles-ci, si elles étaient libres de choisir, seraient en très grande proportion. L'argument de la maternité ne tient plus dans le cas de la femme célibataire, une classe nombreuse et croissante de la population ; un fait qui, il n'est pas hors de propos de le faire remarquer, en tendant à diminuer la concurrence des membres est destiné à favoriser la prospérité de tous.

Il n'y a pas de raison inhérente ou de nécessité à ce que toutes les femmes préfèrent, de leur plein gré, vouer leur vie à une fonction animale et à ses conséquences. Nombre de femmes sont épouses et mères par l'unique raison qu'il n'existe pas pour elles d'autre carrière, ni d'autre occupation pour leurs sentiments et leur activité.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 21 *novembre* 1883. — *Présidence de* M. GUÉNIOT.

DE L'HYSTÉRECTOMIE.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE lit un rapport sur deux mémoires relatifs à l'hystérectomie : l'un est de M. Queirel (de Marseille), l'autre de M. Fort (de Rio-de-Janeiro).

La principale des questions soulevées dans ce mémoire est relative au traitement du pédicule.

Au début, la plupart des chirurgiens qui ont fait l'hystérec-

tomie, Kœberlé, Péan entre autres, laissaient le pédicule au dehors. En présence des résultats favorables obtenus dans l'ovariotomie, par la rentrée pure et simple du pédicule, on a pensé à appliquer cette méthode à l'hystérectomie; mais aujourd'hui, la plupart des opérateurs reviennent à la méthode extra-péritonéale, qui seule permet de combattre les hémorrhagies consécutives. C'est à cette méthode qu'ont eu recours les deux auteurs du mémoire rapporté : M. Queirel a fait cinq hystérectomies et a eu deux morts, M. Fort a fait trois hystérectomies et a eu deux morts et une guérison.

M. Queirel, envisageant les indications de cette opération, estime qu'elle doit être faite lorsque la tumeur augmente rapidement de volume, lorsqu'elle détermine des hémorrhagies graves, des douleurs intolérables, une gêne notable de la marche, et enfin une altération des fonctions de l'intestin et de la vessie.

Cette manière de voir est celle de M. Championnière, qui pense toutefois que l'hystérectomie est une opération infiniment plus dangereuse que l'ovariotomie, et qu'il faut être beaucoup plus réservé lorsqu'il s'agit de prendre, à son égard, une décision opératoire. On ne doit d'ailleurs pas perdre de vue que les tumeurs fibreuses utérines, contrairement à ce qui a lieu pour les kystes de l'ovaire, sont susceptibles de régression au moment de la ménopause. Par conséquent, si les accidents qu'elles déterminent ne font pas courir à la malade un danger imminent, il sera toujours préférable d'attendre.

M. Pozzi. — La question de la ligature du pédicule utérin à la suite de l'hystérectomie, me paraît aujourd'hui tranchée en faveur de la ligature extra-péritonéale. Cette méthode, en effet, est celle qui permet d'arrêter le plus facilement les hémorrhagies consécutives à l'opération ; c'est elle aussi qui met le plus à l'abri de la septicémie.

Reste la question du mode de ligature. A l'heure actuelle, un certain nombre de chirurgiens, toujours dans le but de parer aux hémorrhagies consécutives, ont adopté la ligature élastique. Au fur et à mesure que les tissus serrés par le fil se tassent et se résorbent, ce dernier, s'il est élastique, revient sur lui-même et reste suffisant : c'est le contraire qui a lieu avec les fils ordinaires non élastiques ; le nœud que l'on fait avec eux devient

bientôt trop lâche, et les vaisseaux insuffisamment serrés fournissent du sang.

Il résulte même de ces considérations que, si les fils élastiques ne sont pas absolument indispensables, lorsque le pédicule est maintenu au dehors, leur emploi s'impose pour ainsi dire, lorsque pour une cause ou pour une autre, l'on juge à propos de rentrer ce pédicule dans le ventre. Dans ce dernier cas, la portion de tissus placés au délà de la ligature se résorbe peu à peu.

Enfin, je ferai une dernière remarque à propos de l'emploi du spray. Celui-ci paraît aujourd'hui abandonné par un grand nombre d'ovariotomistes, en raison du refroidissement qu'il produit dans la cavité abdominale.

M. Gillette. — Autant l'ovariotomie est une bonne opération, autant l'hystérectomie en est une mauvaise ; aussi n'est-elle indiquée qu'en présence de phénomènes particulièrement graves, tels qu'hémorrhagie et douleur, ou bien encore lorsque le volume de la tumeur est devenu excessif.

En ce qui concerne le pédicule, je crois exagérée l'opinion d'après laquelle on devrait adopter en principe la méthode extra-péritonéale. Il y a tant d'avantages à rentrer le pédicule, afin d'obtenir la réunion immédiate des parois abdominales et éviter le tiraillement de l'utérus, que, contrairement à mes collègues, j'estime qu'il sera bon, toutes les fois que la chose sera possible, de rentrer le pédicule, après avoir suturé les deux lèvres de la plaie utérine. Quant à la ligature élastique, je ne puis l'accepter avec le même enthousiasme que M. Pozzi, parce qu'elle coupe trop vite les tissus sur lesquels elle est appliquée.

M. Terrier. — J'ai fait quatre hystérectomies ; trois fois j'ai laissé le pédicule au dehors, et j'ai eu trois succès. Une fois, j'ai rentré le pédicule et fait la suture de la paroi : ma malade est morte d'hémorrhagie. C'est dire assez que je préfère la première de ces deux méthodes ; toutefois, je ne rejette pas la seconde d'une manière absolue, surtout lorsque l'utérus étant enlevé dans son entier, les dangers d'hémorrhagie sont moins à craindre.

M. Pozzi nous dit que, si l'on rentre le pédicule, la partie placée au delà de la ligature se résorbe. Cela est loin d'être la règle. Le plus souvent, cette partie contracte avec les parties

voisines des adhérences par lesquelles elle reçoit des vaisseaux et qui lui permet de s'organiser.

J'emploie le spray, sans crainte de refroidir le péritoine ; j'ajouterai même que cette crainte me paraît chimérique puisque, pendant l'opération, le péritoine est constamment protégé par les éponges, les linges, etc.

M. Pozzi. — L'emploi du spray est beaucoup plus contesté que ne semble le croire M. Terrier : Kœberlé y a renoncé, Bantock s'est élevé contre lui, Bresquy a vu une malade mourir d'une pneumonie déterminée par l'usage de cet instrument, Howitz ne l'emploie plus que pendant la suture de la paroi abdominale.

Par contre, un grand nombre d'ovariotomistes, tels qu'Heyar, Hovitz, etc., préconisent vivement la ligature élastique, qui ne sectionne pas plus vite que les autres ligatures, mais qui certainement, en raison du mode d'action spécial dont je parlais tout à l'heure, est bien plus efficace contre les hémorrhagies.

M. Lucas-Championnière. — M. Terrier a raison de dire qu'il n'y a pas de règle absolue à établir au sujet de la manière de traiter le pédicule à la suite de l'hystérectomie. On peut être forcé de rentrer le moignon, par exemple, lorsqu'il est trop court ; mais enfin la méthode extra-péritonéale est la méthode de choix. Il n'en a pas toujours été ainsi, et la rentrée du pédicule, qui donne de si brillants résultats lorsqu'il s'agit d'ovariotomie, a été préconisée également pour l'hystérectomie. Aujourd'hui, la plupart des opérateurs suivent un mouvement de recul à cet égard, et ils en reviennent à la méthode extra-péritonéale lorsqu'ils ont à faire une hystérectomie.

La nécessité d'employer un fil élastique pour faire la ligature du pédicule ne me paraît pas aussi capitale que veut bien le dire M. Pozzi. L'usage de cette substance reste limité entre les mains d'un petit nombre d'opérateurs. Je ne sache pas, en effet, que Kœberlé, Péan, Spencer Wells, Bantock, Thornton se servent d'autre chose que du fil d'argent, de fer ou de catgut.

Pour ce qui est du spray, mes amis et moi continuons à nous en servir, et nous nous en sommes très bien trouvés ; jamais nous n'avons remarqué les accidents dont il vient d'être question. Il y a quelques jours, cependant, ayant à faire à une malade tout particulièrement susceptible à l'action de l'acide phénique,

j'ai cru devoir remplacer la pulvérisation phéniquée par une pulvérisation d'essence d'eucalyptus.

(*La Semaine médicale.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE.

Séance du 13 *octobre* 1882.— *Présidence de* M. DURET.

TUBERCULOSE URINAIRE ET GÉNITALE CHEZ LA FEMME. — KYSTE DE LA TROMPE DE FALLOPPE.

Par M. ROBERT JAMIN, interne des hôpitaux.

A la fin de l'année 1881, arrivait dans le service de M. le professeur GUYON, à l'hôpital Necker (salle Sainte-Cécile, n° 5), la nommée Et..., Louise, 39 ans, couturière.

Pâle, chétive, d'apparence souffreteuse, cette femme entrait à l'hôpital pour une *maladie de vessie*, disait-elle. Elle racontait, en effet, que, depuis quelque temps, elle était prise parfois d'envies d'uriner assez fréquentes, un peu douloureuses à la fin, et s'accompagnant de loin en loin de l'émission d'un peu de sang avec les dernières gouttes d'urine. On l'avait tout d'abord supposée atteinte d'un calcul vésical, et elle avait été explorée en ville avec la sonde d'argent. Le résultat avait été négatif.

En outre, en l'examinant, on découvrait à la région lombaire gauche des traces anciennes de vésicatoires et de pointes de feu. Cette femme disait alors que, depuis plus d'un an, elle éprouvait à ce niveau des douleurs sourdes, devenant parfois très intenses, qui avaient nécessité l'emploi de ces révulsifs. La palpation permettait, en effet, de reconnaître dans la région du rein une tumeur assez volumineuse et très douloureuse à la pression, qui semblait être le rein lui-même. Notons, enfin, la diminution de sonorité et l'expiration un peu rude et prolongée qui existaient au sommet des deux poumons. La menstruation avait cessé depuis quelques mois. Aucun antécédent appréciable de tuberculose héréditaire.

Le diagnostic *tuberculose urinaire* fut porté par M. le professeur Guyon, et la malade, pour laquelle on tenta diverses médications, demeura près de dix mois dans le service. Durant ce temps, on put assister à l'évolution graduelle de la tuberculose

pulmonaire, qui était à peine appréciable à l'entrée. De temps en temps, il se produisait vers la vessie ou le rein quelque poussée aiguë, laquelle semblait céder temporairement à des instillations de nitrate d'argent au col vésical, ou à des cautérisations ignées de la région rénale.

Enfin la malade, arrivée progressivement à un affaiblissement extrême, succombait le 11 octobre 1882.

AUTOPSIE. — On constate l'infiltration du tiers supérieur des deux poumons par des granulations jaunes et abondantes. Il n'existe point de cavernes pulmonaires.

Malgré des recherches attentives, il fut impossible de découvrir l'existence du tubercule dans aucun autre organe que l'appareil génito-urinaire.

Le *rein gauche*, au moins triplé de volume, présente, à la coupe, le type du rein tuberculeux. Fluctuant avant d'être ouvert, il offre, avant d'être incisé, une cavité centrale, remplie d'urine purulente et due à une dilatation des calices et du bassinet ainsi qu'à une destruction partielle des pyramides de Malpighi. Cette cavité communique avec d'autres anfractuosités, et, comme elles, est tapissée d'une sorte de couenne blanc-jaunâtre et tomenteuse, qui se détache facilement sous forme de matière caséeuse et grumeleuse. La substance corticale, en partie détruite par ces excavations, est en outre farcie de dépôts caséeux et de granulations miliaires dures et transparentes, qui font du reste saillie à la surface de l'organe.

L'*uretère gauche*, qui atteint presque le volume du petit doigt, est épaissi, mais surtout dilaté. Dans toute son étendue, il est uniformément tapissé par cette même matière caséeuse que l'on trouve dans le rein et avec laquelle il est d'ailleurs en continuité directe. Aucun obstacle ne siège au niveau de l'embouchure de l'uretère dans le réservoir vésical.

La *vessie* est manifestement tuberculeuse. Petite et ratatinée, elle a ses parois notablement hypertrophiées. La muqueuse, inégale, ardoisée, parsemée par place de taches ecchymotiques, est criblée de granulations tuberculeuses jaunes, sans ulcération apparente cependant. Ces granulations sont surtout cantonnées dans le bas-fond.

Au niveau de l'embouchure de l'*uretère droit*, toute espèce de

lésion semble cesser brusquement. Ce conduit est macroscopiquement sain et normal, ainsi que le rein d'où il part. — L'*urèthre* paraît indemne.

En passant à l'examen des organes génitaux, on voit que l'*utérus* est extrêmement réduit de volume et flasque. Des coupes de cet organe, pratiquées dans tous les sens, ne permettent de découvrir aucune lésion tuberculeuse. Quoique les deux ovaires soient tous deux considérablement anémiés, la moitié gauche des annexes est tout à fait saine. Mais, à droite, la trompe de Fallope est très notablement dilatée ; elle atteint presque toujours le calibre d'une anse de l'intestin grêle distendue. Bien que son orifice utérin soit resté perméable à un très fin stylet, elle contient du liquide, de couleur citrine, qui s'écoule dès qu'on incise la dilatation kystique. Toute la surface interne de celle-ci est tapissée par la même couenne caséeuse, signalée plus haut.

Réflexions. A la suite d'un fait de tuberculose urinaire que nous avons eu l'honneur de présenter à la Société anatomique au commencement de cette année (séance du 27 janvier 188.), nous insistions sur l'intégrité absolue des deux reins et de leurs uretères, contrastant, dans ce cas, avec les lésions très avancées de la vessie et de la prostate. A ce propos, nous faisions remarquer que, conformément à l'opinion de notre maître, M. le professeur Guyon, et de son élève, M. le Dr Tapret, la tuberculisation des organes urinaires ne débute pas toujours par le rein, comme tant d'auteurs l'ont prétendu.

Dans le cas actuel, d'après la marche clinique de la maladie et d'après l'âge probable des lésions constatées à l'autopsie, il est de toute évidence que le rein gauche a été le premier envahi par la néoplasie. Celle-ci, gagnant de proche en proche, serait descendue par l'uretère gauche dans la vessie, où elle se serait arrêtée sans atteindre l'uretère et le rein droits. Nous aurions donc là un exemple de tuberculose primitivement localisée à un rein et s'étendant ensuite par continuité à d'autres parties de l'appareil urinaire. — Dans le cours de cet envahissement progressif, les poumons se sont pris à leur tour, mais sans présenter de lésions avancées. — Quant à la tuberculose de la trompe de Fallope déterminant une dilatation kystique de ce conduit, elle représentait le seul foyer génial de la diathèse.

(*Le Progrès médical*).

REVUE DE LA PRESSE

—

OVARIOTOMIE CHEZ UNE ENFANT DE 8 ANS 1/2 ; RÉDUCTION DU PÉDICULE ; GUÉRISON.

M. le Dr Duchamp, agrégé, chirurgien de l'hôtel-Dieu de Saint-Etienne, rapporte, dans la *Loire médicale*, le fait suivant :

Mlle R..., âgée de 8 ans 1/2, d'une constitution délicate, non réglée et ne présentant aucun signe de puberté, m'est présentée le 16 avril 1883 ; sa mère s'était aperçue depuis quelques jours seulement qu'elle avait une *grosseur dans le ventre*. On pouvait, en effet, constater une tumeur soulevant la paroi abdominale : quoique son volume ne fût pas excessif, elle faisait fortement saillie dans ce petit ventre d'enfant ; elle était presque médiane, cependant son centre était à droite de l'ombilic, sa forme était arrondie, sans bosselure ; sa consistance ferme et tendue. La fluctuation y était obscure. Elle n'adhérait pas à la paroi abdominale et quoique située surtout à droite, elle pouvait être déplacée dans tous les sens, et même portée à gauche ; en un mot sa mobilité était des plus nettes : il n'y avait pas de frottement péritonéal.

Le lendemain de ce premier examen, je vis cette enfant, avec M. le Dr Magnien, chirurgien de l'Hôtel-Dieu. Nous retrouvâmes les mêmes caractères ; le peu de netteté de la fluctuation nous faisait nous demander si la tumeur n'était pas partiellement solide et nous rendait réservés sur la nature et la consistance du liquide. Nous étions incertains sur son point d'attache, qu'on ne sentait nulle part ; on enfonçait les doigts entre la tumeur et le bassin, sans être aucunement arrêté.

On pouvait l'attirer en haut ; elle ne paraissait donc pas provenir du bassin. — L'épiploon pouvait être soupçonné.

Sans connaître le siège précis de cette tumeur, on pouvait la présumer opérable. Sa mobilité faisait prévoir un pédicule assez mince ou d'une certaine longueur et, dans tous les cas, l'absence complète d'adhérences. Il ne fallait pas attendre que celles-ci pussent se former, et que l'état général fût mauvais, car la tumeur avait un développement rapide : l'enfant examiné quelque temps auparavant ne présentait rien

de particulier, et peu après la tumeur était volumineuse. — Elle commençait à gêner la petite malade, qui se fatiguait plus vite dans ses jeux.

La famille consentit à l'opération ; nous nous proposâmes, M. Magnien et moi, de pratiquer une incision exploratrice, de faire l'ablation, si elle était facile, et de refermer simplement l'abdomen si les difficultés étaient trop grandes.

L'opération fut pratiquée le mercredi 25 avril 1883, avec le précieux concours de M. Magnien : je dois aussi remercier de leur aide dévouée, MM. les Drs Couturier et Dujol, chargés spécialement de l'anesthésie, et M. Eraud, interne de l'Hôtel-Dieu, préposé au soin des instruments. Ceux-ci désinfectés, flambés à la lampe à alcool, trempaient dans une solution phéniquée à 3 p. 100. La chambre où l'on opérait avait reçu des vapeurs phéniquées qui cessèrent pendant l'opération.

On donna du chloroforme d'Adrian, et l'anesthésie fut promptement obtenue ; à notre arrivée l'enfant dormait ; sans la réveiller, on la soumit aux inhalations, puis, comme adjuvant, on fit une injection sous-cutanée de 1 centigramme de chlorhydrate de morphine.

Une incision de 12 centimètres, dont le centre était un peu au-dessous de l'ombilic, est faite couche par couche en liant au fur et à mesure tout ce qui donne du sang. L'ombilic est contourné à gauche. Le péritoine incisé est suturé provisoirement à la peau pour éviter tout décollement. La tumeur fait saillie entre les lèvres de la plaie : son aspect kystique est frappant. Une ponction avec le plus gros trocart de l'appareil de Potain évacue plus d'un litre de liquide citrin et permet d'attirer en dehors une masse qui appartient à l'ovaire *gauche*. L'intestin avait été soigneusement préservé à l'aide de compresses de flanelle.

Le pédicule assez mince avait de 7 à 8 centimètres de largeur. On sentait une grosse artère qui battait dans sa partie moyenne. Divisé en trois portions, il fut lié avec de la soie antiseptique n° 3, sectionné à sec lentement avec le thermocautère Paquelin, porté au rouge sombre, et réduit simplement dans l'abdomen. Un double plan de sutures fut appliqué (suture profonde, enchevillée, et suture superficielle à points séparés).

Deux incidents marquèrent ce temps de l'opération : le plus important fut une cessation presque absolue de la respiration, survenue assez brusquement; cependant le cœur battait encore, quoique faible-

ment et avec une grande lenteur. La respiration artificielle fut faite pendant dix minutes, la tête fortement abaissée ; le diaphragme fut électrisé, et ce n'est qu'au bout de ce temps, qui nous paraissait interminable, que la respiration se rétablit. Comme second incident, les fils d'argent qui servaient à la suture profonde s'étaient brisés là où ils étaient tordus. Il fallut, en l'absence de nouveaux fils, les remplacer par de la soie antiseptique qui résista bien mieux. Les sutures terminées, un pansement de Lister fut appliqué, et l'enfant remise dans son lit ; l'opération retardée par ces péripéties avait duré trois heures.

Les suites furent des meilleures. Douleur insignifiante, pas la moindre réaction inflammatoire. La température rectale était 37° le soir même, son maximum fut 38° le lendemain ; puis elle se maintient entre 37°,3 et 37°8. — Le huitième jour, premier pansement et ablation des sutures profondes ; le onzième jour, ablation des sutures superficielles (soie antiseptique), pas de traces de suppuration. L'appétit, troublé par le chloroforme, s'était vite réveillé et l'état général était excellent : le quatorzième jour on permettait à l'enfant de se lever ; une ceinture a été employée pour prévenir toute éventration. Aujourd'hui, deux mois après l'opération, l'enfant ne s'aperçoit aucunement du grave traumatisme qu'elle a subi.

L'examen de la tumeur nous a montré que l'ovaire entier et la majeure partie de la trompe avaient été enlevés. Le kyste principal, vidé par la ponction, était accompagné de trois kystes accessoires, chacun du volume d'une noix, en voie de développement.

Cette observation est intéressante à plus d'un titre. L'incertitude du diagnostic est fréquente dans les tumeurs abdominales, surtout chez les enfants pour lesquels l'exploration est limitée. Cependant, malgré cette incertitude, l'intervention était justifiée par la mobilité qui faisait prévoir l'absence d'adhérences et un pédicule long et peu volumineux, par son rapide développement et la marche fatale de ces tumeurs lorsqu'elles sont abandonnées à elles-mêmes. Dans notre cas, la saillie de la tumeur était à droite, et cependant elle provenait de l'ovaire gauche : il arrive, en effet, de voir des tumeurs gauches se comporter ainsi : qu'on l'attribue à la disposition du mésentère ou à toute autre cause, le fait est assez fréquent. Il est au contraire plus rare de voir des kystes ovariques chez des enfants de 8 ans 1/2 : il est vrai qu'on en a constaté chez des enfants d'un an et même chez des fœtus ? Au point de vue de l'opération, nous avons supprimé les

pulvérisations phéniquées que l'on a accusées de refroidir le péritoine et d'exagérer ses sécrétions. La réduction du pédicule actuellement d'usage a été pratiquée ; pour plus de sécurité, la section de ce pédicule avait été faite au Paquelin en outre des ligatures. Enfin, la rupture des fils d'argent montre bien qu'on ne saurait trop s'assurer de la solidité des fils qui, mal recuits, sont exposés à se briser à la moindre torsion.

Nous n'avons pas eu les moyens de rechercher dans la littérature médicale les cas d'ovariotomie pratiquée en bas âge ; nous croyons, cependant, qu'on a rarement exécuté cette opération chez des enfants de 8 ans 1/2.

(*Paris médical.*)

PHYSOMÈTRE.

Par H. C. Yarrow.

L'affection désignée sous le nom de physomètre est encore appelée emphysème de l'utérus, hystérophyse, gonflement gazeux de l'utérus, tympanisme utérin.

Ce trouble pathologique, nié par quelques auteurs, a une existence bien réelle, appuyée sur de nombreuses observations, dont la suivante, inédite et appartenant à l'auteur, constitue un exemple intéressant : il s'agit d'une négresse de 46 ans, arrivée à l'époque de la ménopause et présentant un embonpoint assez considérable. Cette femme n'avait pas eu ses règles depuis à peu près treize mois, et, d'après ses calculs, comme elle était certaine d'être enceinte, son terme était dépassé de quatre mois. Elle fit appeler un médecin en le priant de vouloir bien la faire accoucher. Ce médecin, quoique peu convaincu de la grossesse, fit appeler le docteur Yarrow, en le priant de vouloir bien, en cas de besoin, apporter tous les instruments nécessaires pour l'opération césarienne. Après un examen attentif de la malade, l'opérateur, pour éclairer le diagnostic, introduisit un hystéromètre dans la cavité utérine, et quel ne fut pas son étonnement d'entendre sortir, pendant plus d'une demi-minute, et avec impétuosité, des gaz inodores provenant de l'utérus. Cette évacuation ramena l'utérus à ses proportions normales, et la malade fut ainsi guérie.

(1) *American Journal of obst.*, août 1883.

Non moins intéressant est le cas publié par le docteur Leyral fils, dans la *Gazette des hôpitaux* de 1862. La malade était âgée de 24 ans ; quelques années auparavant, elle avait eu un accouchement dont l'issue avait été heureuse. Elle se croyait de nouveau enceinte ; puis, au neuvième, dixième et onzième mois, l'accouchement n'ayant pas lieu, elle fit appeler le docteur Leyral, qui put constater une augmentation considérable de l'utérus, plus développé que ne le comporte une grossesse à terme; mais par la percussion de l'organe, on avait de la sonorité, ce qui permit de diagnostiquer le contenu gazeux de l'organe. L'évacuation en fut difficile, car le col utérin, soit par le doigt, soit par le spéculum, pouvait à peine être atteint, et ce n'est qu'en plaçant la malade dans un bain, et par des pressions énergiques sur l'abdomen, qu'on amena la sortie du contenu.

Des cas analogues ont été rapportés en détail par Barbour, Mitchell, Boder, Allen, Stendel, Stendal, Errolain, Harley, cas dont l'auteur donne une analyse dans son intéressant article, mais qu'il serait trop long de rapporter ici en détail.

Ainsi qu'il a été établi par Dalton, tout tissu organisé a le pouvoir d'absorber de l'oxygène et d'exhaler de l'acide carbonique ; c'est probablement par un mode d'action analogue que la muqueuse utérine, dans des conditions que nous ne connaissons pas encore, donne naissance au gaz qui distend l'utérus dans le physomètre. Il faut, en outre, pour que la distension de l'utérus se produise, qu'il y ait oblitération d'un des deux orifices, soit externe, soit plutôt interne de l'organe.

Les observations précédentes ont trait seulement à celles où du gaz est sécrété par la muqueuse utérine, et maintenu dans la cavité de l'organe ; mais ce n'est pas là le seul cas possible, et sous ce rapport, on peut établir les trois catégories suivantes ;

Tantôt la présence d'un gaz dans l'utérus est due à la pénétration de l'air par les voies génitales, après l'accouchement, par exemple. Sous l'influence d'une contraction utérine, le contenu s'échappe souvent avec bruit de l'intérieur de la cavité de l'organe. Ce n'est là qu'un accident de l'accouchement, qui n'a d'autres inconvénients que celui d'exposer à la septicémie par la pénétration possible des microbes, en même temps que le fluide gazeux.

Tantôt un débris de placenta, de tumeur utérine, un caillot peut séjourner dans la cavité de la matrice et, par sa décomposition, amener le dégagement de gaz qui, si l'orifice utérin n'est pas perméable, vont distendre l'organe dans lequel ils sont enfermés.

Tantôt enfin, dans une troisième catégorie de cas, celle qui nous intéresse ici spécialement, la muqueuse utérine, dans des circonstances spéciales pathologiques, peut donner naissance à un gaz qui, dans les mêmes conditions que précédemment d'imperméabilité des orifices utérins, va distendre la matrice. Tantôt du gaz seul sera sécrété par la muqueuse utérine; tantôt il y aura, en outre, production d'un liquide composé de sérosité et de mucus, de telle sorte que la cavité utérine pourra être remplie en proportion variable des deux fluides différents gazeux et liquide.

Sont naturellement éliminés du cadre précédent les cas où la présence du gaz est due à une communication anormale, par exemple à une fistule recto-utérine.

Ces trois théories expliquant la présence d'un fluide gazeux dans l'intérieur de la cavité utérine sont-elles également admissibles ? Que l'air puisse pénétrer dans la cavité utérine après l'accouchement, par exemple, c'est un accident dont personne ne contestera la possibilité. Qu'un débris de placenta ou de tumeur, ou un caillot retenu dans l'utérus puisse, par sa décomposition, donner naissance à des gaz qui séjournent dans la cavité où ils sont enfermés, rien aussi que de très naturel. Mais que, dans des conditions spéciales, la muqueuse utérine puisse produire des gaz qui vont distendre la cavité qu'elle tapisse, c'est là une hypothèse qui n'est pas impossible, mais que rien n'autorise à accepter jusqu'à présent. Et comme tous les cas où cette dernière théorie a été invoquée peuvent s'expliquer par la présence et la décomposition d'un caillot donnant lieu au physomètre, on est autorisé, jusqu'à plus ample informé, à ne pas l'admettre.

Au point de vue clinique, le physomètre se présente dans deux conditions différentes pendant l'état puerpéral, ou en dehors de cet état.

Dans l'état puerpéral, il peut survenir avant la naissance de l'enfant, et, dans ce cas, être produit, soit après la rupture de la poche des eaux, par la pénétration de l'air à la place du liquide écoulé, soit par la putréfaction du fœtus donnant naissance à des gaz putrides s'accumulant dans l'utérus. Le physomètre peut encore se faire tout de suite après l'accouchement, par une sorte d'aspiration qu'exerce l'utérus débarrassé des produits de la conception, ou encore pendant les suites de couches, ce qui est dû alors à la décomposition de produits retenus dans la cavité utérine.

La pénétration de l'air, tout de suite après l'accouchement, a pu faire croire à l'existence d'un second enfant; dans le travail de Yarrow se

trouve une intéressante observation montrant la possibilité de cette méprise.

En dehors de l'état puerpéral, le physomètre sera produit par la décomposition d'un fragment de tumeur ou plus souvent d'un caillot sanguin. La distension utérine dans les cas de ce genre peut devenir considérable et faire croire à une grossesse à terme.

A l'auteur, qui ne semble pas reconnaître la possibilité de la production du physomètre par une secrétion spéciale de la muqueuse utérine, mais qui admet, soit la pénétration de l'air, soit la décomposition d'un produit quelconque de rétention, nous ne ferons qu'une objection, que nous puisons dans l'observation même qu'il publie : il s'agit d'une femme en dehors de l'état puerpéral, chez laquelle le physomètre fait croire à une grossesse. Il s'échappe de l'utérus un gaz absolument inodore ; or, comme dans ce cas il ne peut être question de la pénétration de l'air, l'auteur ne peut admettre comme source du gaz que la décomposition d'un produit intra-utérin quelconque. Or, cette décomposition ne s'accorde guère avec le manque d'odeur du gaz. Ce fait plaiderait plutôt en faveur de la théorie qu'il n'accepte pas. — A. A.

(*L'Union médicale*).

FISTULE VÉSICO-VAGINALE PROBABLEMENT OCCASIONNÉE PAR L'EMPLOI D'UN CROCHET MOUSSE.

Par W. SEYMOUR.

Au mois de juin 1882, j'étais consulté dans mon cabinet par un praticien au sujet d'une femme délivrée par lui 8 jours auparavant, qui était incapable de retenir son urine. Ma première question fût de demander si ce n'était pas un cas de regorgement par rétention ; mais on me répondit que l'écoulement en était trop considérable, que la vessie avait été bien vidée avec le cathéter avant l'accouchement, que, depuis les couches, l'urine s'écoulait constamment. L'interrogatoire fournit les renseignements suivants : la patiente, âgée de 42 ans, avait été soignée pendant son accouchement (le neuvième), pendant plusieurs heures, par une sage-femme avant que le praticien fût appelé ; à son arrivée, il trouva l'orifice à peu près dilaté et une présentation du siège ; lorsque la dilatation fut complète, il rompit les membranes et 3 heures après, comme il y avait peu de progrès, il essaya de se servir d'un crochet mousse pour hâter l'accouchement. Il termina rapidement l'extraction d'un enfant mort et depuis ce

moment il n'avait point examiné la malade. Je visitai cette femme immédiatement et, en pratiquant le toucher vaginal, je passai deux doigts à travers une ouverture du bas-fond de la vessie. La malade fut alors placée sur le côté et j'introduisis un spéculum de Sims qui me permit de voir une fistule vésico-vaginale, longue d'un pouce et demi, et qui s'étendait de l'extrémité postérieure de l'urèthre directement en arrière. Il ne semblait y avoir aucune perte de substance, mais les bords de la plaie étaient épaissis et renversés. Mon avis fut de faire deux fois par jour des injections vaginales avec de l'eau chaude et après chaque irrigation d'oindre le vagin et la face interne des cuisses avec beaucoup de vaseline, enfin d'attendre que les grandes chaleurs fussent passées, peut-être environ 10 semaines, avant d'opérer la déformation de la fistule. Ce traitement préparatoire réussit si bien qu'il ne se forma absolument aucune excoriation sur le vagin ou sur les parties externes, et quand je l'opérai, le 26 septembre, la fistule n'avait plus qu'un demi-pouce de long ; il n'y avait qu'une seule cicatrice linéaire correspondant à la partie guérie et aux bords de la boutonnière. La malade était extrêmement grasse, elle pesait plus de 200 livres, ce qui rendait l'opération vraiment difficile. Je la plaçai dans la position de Sims et après de grandes difficultés je découvris la fistule, mais comme cette fistule à bords minces était placée au fond d'un entonnoir profond d'un pouce, formé par la membrane muqueuse vaginale épaissie, l'avivement des bords fut très difficile. Néanmoins, je rafraîchis non seulement les bords de la fistule proprement dite, mais encore les côtés de l'entonnoir et je plaçai cinq sutures de fil d'argent et je les fixai en les tordant. Un cathéter de Sken Goodman fut alors introduit après lavage du vagin et de la vessie ; toutes les sutures furent enlevées le onzième jour, mais celle du milieu laissa couler de l'eau légèrement. Le cathéter fut encore laissé deux semaines ; on lavait le vagin tous les deux jours et le cathéter tous les jours. Au vingt-cinquième jour, le cathéter fut enlevé ; j'injectai la vessie et je la trouvai intacte. En même temps la malade put retenir son urine. Mon seul regret est de n'avoir pas, dès le premier jour, maintenu la malade dans la position couchée sur le ventre et tenu la vessie vide au moyen du cathéter à demeure, en même temps que j'employais la vaseline et l'eau chaude comme je l'ai fait. Du reste, les fistules sans perte de substance sont rares, mais il me semble que, dans les cas où l'on arrive facilement sur la fistule, la position couchée sur le ventre, un cathéter à demeure, des irrigations

d'eau chaude et des onctions de vaseline rendraient le plus souvent les opérations inutiles. (*American Journal of obstetrics*, march 1883, p. 283. *Journal de médecine de Paris*).

AD. OLIVIER.

DE L'ÉTAT DES GENCIVES CHEZ LES FEMMES ENCEINTES.

M. PINARD.

M. PINARD a déjà traité ce sujet en 1877, dans une étude intitulée : *De la gingivite des femmes enceintes.* M. le Dr HENRI DIDSBURY a repris les théories de M. Pinard, les a mises en observation et en fait le sujet de sa thèse inaugurale. Indépendamment du sympathique accoucheur des hôpitaux, M. DELESTRE avait déjà reconnu des troubles qui surviennent dans les gencives des femmes pendant la période menstruelle. Ces troubles consistent en une congestion avec gonflement et ramollissement des gencives.

C'est environ vers le deuxième mois de la grossesse, au plus tôt, que l'on trouve des lésions du côté des gencives. Or, comme l'intensité est très variable, M. Didsbury propose d'établir plusieurs degrés. Il en décrit trois. Dans le troisième degré de cette gingivite, l'inflammation est si vive que les gencives sont d'un rouge violacé ; elles sont boursouflées, les baguettes interdentaires forment un relief considérable.

Le tartre et les débris épithéliaux s'accumulent autour du collet des dents. Cette inflammation doit se propager au périoste alvéolodentaire, car, comme le constate l'auteur, d'accord avec M. Pinard, les dents semblent déchaussées d'abord, puis soulevées de bas en haut et enfin tombent. La dent, sortie ainsi de son alvéole, est parfaitement saine.

Cette gingivite siège particulièrement sur la partie antérieure des maxillaires. Il est rare de lui voir dépasser les canines. La face convexe des maxillaires seule est atteinte.

Les autres symptômes que l'on peut rencontrer en dehors de l'inflammation sont la douleur et les hémorrhagies locales.

L'étiologie de cette affection curieuse reste dans le domaine des choses hypothétiques ; quant au traitement, il doit être énergique, on doit enlever le tartre et combattre l'état des gencives par des préparations astringentes, par le chlorate de potasse, etc., enfin, dans les cas graves, on pourra avoir recours à la teinture d'iode, à l'acide chro-

mique, enfin à l'hydrate de chloral mélangé à une teinture astringente (hydrate de chloral et alcoolat de cochlearia, parties égales, Pinard). (*Journal de médecine de Paris*).

D^r^ OCTAVE GOURGUES.

RAPPORTS DES COLIQUES HÉPATIQUES AVEC LA GROSSESSE ET L'ACCOUCHEMENT.

Par le D^r^ J. CYR, inspecteur adjoint à Vichy.

La question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement n'est pas, comme le fait fort bien remarquer M. Cyr, absolument nouvelle ; mais il faut dire cependant qu'elle a été jusqu'ici peu étudiée. C'est à peine si l'on trouve à citer les ouvrages de M. Durand-Fardel et de M. Villemin et le mémoire de M. Huchard paru en 1882. Les classiques passent ce sujet complètement sous silence.

M. Cyr commence par rapporter 51 observations résumées. En procédant à l'analyse de ces faits, on voit que, dans 11 cas sur 51, la première crise hépatique a été observée pendant la grossesse ; dans 4 cas elle est survenue à la suite de fausse couche et dans les 36 cas qui restent, à la suite de l'accouchement. On remarquera que sur ces 36 cas, 22 fois la crise est survenue dans le délai d'un jour à un mois. Sur les 31 faits s'en trouvent 3 de grossesse ou d'accouchement gémellaire.

Voilà donc 51 cas dans lesquels il y a eu au moins relation apparente entre la gestation et les coliques hépatiques. Mais y a-t-il eu d'autres facteurs dont l'influence était de nature à primer celle de la gestation ou à en atténuer singulièrement la portée ?

On peut faire successivement valoir :

1° La lactation supprimée.

2° Le défaut ou la diminution d'activité qu'entraîne généralement l'état de gravidité ;

3° Les écarts de régime ;

4° Les antécédents héréditaires.

Les observations de M. Cyr se rapportant pour la plupart à des femmes de la classe pauvre, on peut éliminer de suite les trois premiers facteurs ; le 4°, l'hérédité, a une influence réelle ; en effet, dans 4 cas il y a à tenir compte de l'hérédité hépatique, dans un cas, de l'hérédité arthritique, dans cinq cas, d'accidents arthritiques anté-

rieurs ou concomitants. En somme, la gestation seule doit être incriminée dans le plus grand nombre des cas.

Mais comment expliquer le mode d'action de la grossesse dans la production de la lithiase ?

Dans les cas d'arthritisme, la grossesse a pu provoquer le réveil de cette diathèse et servir ainsi de cause déterminante chez des sujets prédisposés, réveil qui s'est traduit par des coliques hépatiques.

D'une manière générale, on admet que les calculs biliaires ont surtout tendance à se former soit par suite de modification dans la composition de la bile, soit par ralentissement dans sa circulation, ou obstacle apporté à son libre cours à travers les voies biliaires. La grossesse est-elle à même de réaliser ces conditions ?

Se produit-il pendant la grossesse une modification appréciable de la composition de la bile, et cette modification est-elle de nature à favoriser la formation des cholélithes ?

La grossesse exerçant sur le foie une influence qui se traduit par une dégénérescence graisseuse plus ou moins marquée, il est probable que la bile n'a pas ses qualités normales ; mais il est impossible de dire actuellement si les modifications sont favorables à la formation des calculs.

La compression directe ou indirecte du foie par l'utérus, pendant les derniers mois de la grossesse, paraît incontestable ; elle peut avoir pour conséquence le ralentissement de la circulation de la bile et par suite tendance à la séparation des éléments de ce liquide et à la précipitation de la cholestérine.

La question des rapports des coliques hépatiques avec la grossesse et l'accouchement est intéressante aussi au point de vue du diagnostic. Il faut être prévenu de la possibilité et même de la fréquence relative des crises de colique hépatique par le fait de la grossesse et dans les premiers temps qui suivent l'accouchement, pour ne pas s'exposer à une interprétation erronée, avec les conséquences qu'elle peut entraîner.

Le pronostic de la grossesse, à part le cas où il se produit de l'ictère, n'est guère influencé par le fait des coliques hépatiques.

Le médecin devra insister sur certaines précautions hygiéniques relatives soit à l'exercice, soit à l'alimentation, soit à d'autres objets dont la portée prophylactique pourra n'être pas sans valeur. (*Annales de gynécologie*, avril 1883. *Journal de médecine de Paris*).

Ad. Olivier.

DE L'ACCUMULATION DU PUS DANS LA CAVITÉ UTÉRINE.

Par le professeur Tolochinoff.

Il existe, chez les femmes âgées, déjà éloignées de l'époque de la ménopause, une forme rare de métrite qu'on ne trouve signalée que dans la littérature anglaise (Tilt, Rob-Barnes, Matheus Duncan, Ashwell, Graily Hewit).

Elle est caractérisée par une accumulation, dans la cavité utérine, de secrétion purulente et par l'évacuation périodique de ce pus mal lié, de vilain aspect, à travers l'orifice du col qui reste assez perméable pour permettre l'introduction d'une sonde. A ce moment on observe toujours l'écoulement d'un liquide séro-purulent provenant de la cavité du corps utérin, laquelle a subi une certaine distension et un amincissement plus ou moins marqué de ses parois. On trouve l'utérus en anté ou en rétroflexion. Les malades se plaignent surtout d'une faiblesse générale et de douleurs constantes ou périodiques dans le ventre. La réapparition de ces douleurs ou leurs exacerbations coïncident avec la production de ces sortes de débâcles de muco-pus doué de propriétés très irritantes et déterminant des colpites, un prurit vulvaire extrèmement intense, de l'eczéma chronique de la partie interne des cuisses, etc. Bon nombre de malades ont la face pâle et le teint jaunâtre.

Cette affection résulte d'un catarrhe utérin tenace, dans lequel une déviation utérine, ou bien une infiltration carcinomateuse du parenchyme ont déterminé, avec un certain degré d'obstruction de l'isthme, un peu de rétention des sécrétions, puis la dilatation consécutive de la cavité que limitent des parois déjà atteintes par l'atrophie sénile physiologique. La pénétration de l'air dans la cavité, par l'orifice entr'ouvert du col, déterminerait l'altération de la sécrétion catarrhale, sa transformation en un liquide séro-purulent susceptible d'irriter la muqueuse et d'y déterminer des ulcérations, dont les produits augmentent encore l'abondance et les qualités nocives des liquides sécrétés.

Dans un des faits cités par l'auteur, la quantité de muco-pus constituant la débâcle utérine ne dépassait pas la valeur de une à deux grandes cuillerées, mais chez une malade citée par Ashwell, elle s'élevait à 10 onces en moyenne (320 grammes).

Les injections intra-utérines de nitrate d'argent, pratiquées dans un des cas par M. Duncan, l'introduction d'un crayon de sulfate de

zinc et les injections de teinture d'iode et d'acide salicylique, employées par Barnes, n'ayant produit qu'une amélioration peu sensible, l'auteur résolut de traiter la cavité utérine comme un véritable foyer d'abcès. On introduisit un tube à drainage en métal jouant le rôle d'un pessaire intra-utérin et l'on pratiqua tous les jours le lavage méthodique et complet de la cavité utérine avec une solution phéniquée au 1/100e. L'état local et général en furent notablement améliorés au bout de peu de temps. La suppression du tube à drainage était suivie à bref délai du retour des douleurs pelviennes, des débâcles de pus et des symptômes généraux. Au bout de deux ans, la guérison pouvait être considérée comme complète. La longueur de l'utérus se réduisit de 8 à 6 centimètres et la leucorrhée se tarit définitivement. (Tolochinoff, *On accumulation of pus in the utérus. Vracheb Vedomosti*, 1882.)

(*L'Union médicale.*)

RÉTINITE ALBUMINURIQUE DE LA GROSSESSE.

Le Dr Ryerson rapporte l'observation suivante : Mme E... âgée de 22 ans, m'était envoyée le 1er juin 1881 par le Dr Temple, qui m'apprenait que l'urine contenait une grande quantité d'albumine. La malade me disait que sa vue était affaiblie depuis un mois environ ; qu'elle voyait les contours d'un objet, mais qu'elle n'en voyait pas le centre, et se plaignait d'éclairs lumineux qui lui traversaient les yeux dans l'obscurité. Elle avait de la céphalalgie, quelquefois très-intense. Elle ne souffre aucunement dans les yeux ; elle a fréquemment des nausées et des vomissements.

Elle est arrivée au quatrième mois de sa grossesse. De l'œil droit elle voit les doigts à cinq pieds et lit le n° 16 de l'échelle Jager ; de l'œil gauche, elle voit les doigts à trois pieds, et lit le n° 20 de la même échelle. A l'ophthalmoscope, dans l'œil droit, je constatai au niveau de la tache jaune la présence de dépôts ayant la forme bien marquée de rayons ; il y en avait de plus un grand nombre dispersés sur la rétine. La papille était comme bouffie et indistincte dans ses contours. L'aspect de l'œil gauche était à peu près semblable, mais il y avait en plus de nombreuses petites hémorrhagies dans la moitié inférieure du fond de l'œil.

Peu de temps après le Dr Temple m'informa qu'elle avait été prise de convulsions et qu'elle avait fait une fausse couche. Les suites de

couches furent bonnes ; et lorsque je la revis, le 4 août, la saillie de la papille avait beaucoup diminué, les taches disséminées étaient moins marquées, mais les taches rayonnantes de la macula étaient à peu près de même que lors de mon premier examen.

Deux veines de l'œil droit contiennent un thrombus.

La vision était pour l'œil droit 20/50 16 Jager, et pour l'œil gauche 20/50 16 Jager. Elle était arrivée à écrire une lettre. Le Dr Temple m'a appris qu'elle avait recouvré une bonne vue, mais je n'ai pas revu la malade. Peu de mois après, la malheureuse femme redevenait enceinte, quoique avertie du danger ; les convulsions survinrent et elle mourut au cours d'une crise.

Remarques. — Il serait d'un grand intérêt de savoir dans quelle proportion et dans quelle classe de cas d'albuminurie de la grossesse survient la rétinite. Elle ne survient pas nécessairement, que je sache, ayant observé, dans ces dernières années, deux cas dans lesquels on ne se plaignait pas de troubles de la vue. Dans l'un, une femme de 30 ans, dans sa quatrième grossesse, guérit parfaitement. L'autre eut des convulsions urémiques et mourut. Je ne me servis pas de l'ophthalmoscope, mais je m'en remis au dire des malades, ces cas s'étant présentés les jours où je n'employais pas l'ophthalmoscope. (*British medical Journal*, juin 1883).

AD. OLIVIER.

DES TROUBLES OCULAIRES DANS LES SUPPRESSIONS MENSUELLES.

Par M. M. KAY.

Dans trente cas d'aménorrhée, l'auteur a constaté des troubles visuels. En l'absence de lésions oculaires, l'amblyopie devrait, chez les jeunes sujets, être le plus souvent attribuée à cette cause. L'asthénopie des écolières se rencontre souvent dans les cas de dysménorrhée, d'aménorrhée temporaires. Alors aussi on observe des congestions de la papille, des hyperhémies rétiniennes, ou bien même des modifications de l'accommodation sans lésions apparentes et qui ont pour origine des troubles des muscles accommodateurs. (*Américain Journ. of med. Science*, octobre 1882 et *Journal de médecine de Paris*).

ABLATION DE L'UTÉRUS POUR UN CANCER DE CET ORGANE.

Nous lisons dans *the Lancet* du 14 janvier 1882 que le Dr William Mac Cormac vient de faire, le 3 janvier, une ablation complète d'un utérus cancéreux. L'ablation a été faite par la voie abdominale, un drain passé dans la plaie et sortant par le vagin. La plaie abdominale fut fermée cinq jours après l'opération. Il y avait quelques signes de suppuration à l'extrémité inférieure de la plaie abdominale, dont les bords, déjà adhérents, furent disjoints et laissèrent échapper un peu de pus.

A la suite de cette évacuation, la température est revenue à l'état normal, et, au dixième jour de l'opération, la malade se trouvait en parfait état. Tout fait prévoir une heureuse convalescence.

(*Paris médical*).

DES MALADIES DES ORGANES GÉNITAUX CHEZ LES FEMMES ALIÉNÉES

(*Disease of genitals in insane Women*).

Le *Maryland medical Journal*, citant le *London medical Record*, rapporte que le Dr Danillo a fait l'examen de 200 folles et en a trouvé 162 ou 180 pour cent qui souffraient de maladies diverses des organes génitaux. Sur 140 réglées, âgées de 15 à 45 ans, 20 seulement étaient sans quelque anomalie du côté de l'utérus. Sur 60 femmes qui avaient cessé d'être réglées, âgées de 42 à 75 ans, 18 étaient atteintes d'affections utérines. L'auteur observa le plus souvent de la métrite ou de l'endométrie aiguë ou chronique ; moins fréquents sont les déplacements de l'utérus, la dysménorrhée, l'ovarite aiguë ou chronique, etc. Ces résultats montrent que les affections utérines se compliquent souvent de maladies diverses, que la relation évidente entre ces maladies présente, au point de vue clinique, le plus haut intérêt.

(*Revue médicale* et *Médecin Praticien*).

Ludwig [illegible]

Zeits [illegible]

rond. [illegible]

teur [illegible]

core [illegible]

ne [illegible]

La [illegible]

tre [illegible]

l'omb[illegible]

pendant [illegible]

tôt à [illegible]

sait [illegible]

gam[illegible]

re de [illegible]

On [illegible] un temps sur la

raison [illegible]

dict [illegible]

La maladie [illegible] jour.

A l'autopsie [illegible] sans; le

cule de [illegible] à un pouce

de son [illegible] mais la

n'en est [illegible]

La tumeur [illegible] trois livres et demie.

[illegible] Gazette et *Semaine médi*[illegible]

LES FEMMES DE FRANCE

Par le Dr DECHAUX.

Il y a en France dix-huit millions de femmes, en nombre [illegible] On peut les diviser par tiers, un pour les enfants et les adole[scentes], un pour les jeunes et un autre pour les femmes plus âgées, dé[passant] la quarantaine; il reste ainsi six millions de femmes jeunes [suscep]tibles de concevoir et d'entretenir la population. Mais ce [chiffre] serait trop grand, et il faut en distraire deux millions de s[tériles]. De ces stériles, les unes le sont essentiellement [illegible] éternité, par réserve de la nature, sans lésion, sans apparence [illegible] sans différences aucunes. On peut en compter six [illegible]

sur six millions, soit 360,000. Il convient d'écarter aussi les infirmes et les maladives, les rachitiques, boiteuses, épileptiques, aveugles, celles qui sont d'une mauvaise santé notoire, partant peu recherchées, peu désireuses elles-mêmes de se marier, et qui restent dans la réserve; on peut les évaluer à 140,000.

Puis vient, à l'encontre de la nature, la grande légion des stériles volontaires, en tête de laquelle marchent celles qui le sont par inspiration et par profession, les religieuses, au nombre de 100,000. Elles sont doublées de 100,000 autres filles afférentes à la religion, aux couvents, aux communautés, hôpitaux, hospices, orphelinats, ouvroirs, œuvres de charité de toute espèce.

Mais la plus grande partie est formée par les célibataires de toutes provenances, les tantes, les sœurs, les filles dévouées, les indifférentes, les difficiles, les pauvres ; celles qui se sont éloignées du mariage par instinct, par position et par éducation.

Il ne reste ainsi que 4 millions de femmes, jeunes et fécondes, pour l'entretien de la France.

(*Moniteur de thérapeutique*).

CLITORIDECTOMIE

Par le Dr ENGELMANN, de Saint-Louis.

Après une comparaison assez mordante entre la clitoridectomie, qui a valu à Baker Brown, de triste mémoire, le mépris de ses confrères, et l'opération de Battey, qui ne soulève pas les mêmes clameurs, quoique toutes les deux « privent une femme de son sexe » (*unsex women*), l'auteur, tout en considérant la *clitoridectomy* comme une opération d'exception, rappelle le fait suivant :

Mme M..., 52 ans, allemande de naissance, envoyée par le Dr Stumuller, menstruée dès 16 ans régulièrement, mais profusément, mariée à 22 ans, a eu onze enfants, le dernier à 41 ans. Elle est assez passionnée dans les rapports conjugaux, quoiqu'elle ne les recherche que rarement.

Entre 46 et 47 ans, elle a eu des pertes « menstruelles » toutes les deux ou trois semaines, puis une suspension de trois mois, suivie d'une nouvelle apparition ; trois mois plus tard, enfin, abolition complète de cette manifestation extérieure, après une hémorrhagie abondante.

Depuis la ménopause, Mme M... a été beaucoup plus ardente que jamais ; elle recherchait le coït, ce qu'elle n'avait jamais fait. L'acte consommé était suivi d'une attaque nerveuse et d'insomnie. Quand son mari s'aperçut de ce résultat, il vécut absolument continent. La malade décrit ces attaques comme partant des organes sexuels externes; siège d'une sensation de plénitude, la sensation remontant de la vulve au dos, comme un courant brusque de sang, et allant jusqu'à l'occiput ; puis des cris étouffés et un accès de mélancolie. Elle avoue s'être masturbée, mais n'avoir pas continué. Les symptômes constants sont : le prurit vulvaire et vaginal ; les afflux sanguins remontant des parties sexuelles au rachis et à l'occiput, mais ne se dissipant plus comme précédemment après une transpiration profuse, et la congestion hépatique, prouvée par la sécheresse de la langue et son état saburral, le goût pâteux et amer de la bouche, et quelques vomissements bilieux ; pas de diarrhée ni d'hémorroïdes.

Quand Engelmann voit Mme M..., il la trouve mieux de l'état général, mais souffrant de la vulvo-vaginite, mais incapable d'aucun travail et d'aucun effort physique ou intellectuel ; elle a souvent pensé au suicide, quoiqu'elle ait, dans sa famille et son ménage, toutes les satisfactions d'aisance et d'affection qu'elle puisse souhaiter.

La vulve est irritée, le périnée déchiré, les caroncules sont peu sensibles, mais congestionnées, les nymphes, le clitoris et le prépuce sont flasques et minces ; en touchant le clitoris avec la sonde, on éveille constamment une sensation désagréable, identique à celle qui précède les accès, « ce qui m'a fait, dit Engelmann, regarder le clitoris comme la cause de tout le mal. »

Engelmann croit que, malgré les dénégations de la malade, elle a continué à se masturber. Dès le jour qui suivit l'ablation des caroncules de l'urèthre, et de quelques lambeaux qui semblaient des caroncules myrtiformes, l'opérée se dit beaucoup moins souffrir de l'irritation nerveuse qu'elle ressentait.

Le résultat était tellement satisfaisant, que vingt-trois jours après cette opération, Engelmann se décida à enlever le clitoris et les nymphes, ce qu'il fit avec les Drs Schenk, Nelsar, Thompson et Engelmann *senior*. Les nymphes furent enlevées avec les ciseaux, et l'hémorrhagie arrêtée par des sutures et l'application d'une serre-fine. L'ablation du prépuce du clitoris, faite avec prudence et précaution, ne donne pas d'hémorrhagie. Le clitoris, long de 26 mill., fut coupé avec des ciseaux, tout près de l'os du pubis ; le sang fut arrêté en partie par la pres-

sion digitale et par du coton saturé de fer, maintenu en place par un bandage en T. Le pansement fut enlevé le deuxième jour. Le septième jour, se produisit une hémorrhagie qui faillit être mortelle. Enfin, six mois après la première opération, elle écrivait à S... : « Je « me sens comparativement mieux, je puis m'occuper de mon mé- « nage..... j'ai bon espoir, et j'ai motif d'être satisfaite de mon état « actuel, relativement à l'état désespéré dans lequel je me trouvais « auparavant. »

Vers le milieu de l'hiver, Mme M... étant à peu près aussi mal que précédemment, Engelmann enleva toutes les excroissances qu'on pouvait voir au toucher après une dilatation complète.

Pendant quelques mois, l'opérée se trouva de nouveau améliorée. Mais elle retomba encore et Engelmann attribue ce fâcheux résultat à la masturbation, dont Mme M... reprit l'habitude.

L'auteur termine son mémoire en disant que, malgré le peu de succès de son opération, il a voulu rappeler l'attention sur une opération qui a été justement rejetée, et appeler l'expression des idées des autres chirurgiens sur ce sujet. « Car, dit-il, je crois que, à mesure que nos « connaissances s'élargiront sur les maladies nerveuses et d'origine « réflexe, on devra accorder à l'opération dès longtemps oubliée de « Baker Brown un champ d'application, étroit sans doute, mais « bien défini. » (*Amer. Pract.*, janvier 1882.) Dr Cordes.

(*Journal de médecine de Paris*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LA PILOCARPINE EN OBSTÉTRIQUE DEVANT LES FAITS

Par M. le Dr Hybernaux.

Sous ce titre, notre savant collègue de la Maternité de Bruxelles a fait, à l'Académie de Médecine de Belgique, une communication extrêmement intéressante. Ce n'est pas la première fois qu'il s'occupe de cette question, son opinion a donc une autorité incontestable.

La pilocarpine a été expérimentée en obstétrique dès son apparition, et plusieurs accoucheurs lui ont attribué la propriété de provoquer des contractions utérines ; quelques-uns prétendent s'en être bien trouvés dans l'inertie utérine ; d'autres l'ont employée pour provoquer l'accouchement prématuré. Comme toujours, des succès et de

revers ont été signalés. Dans neuf cas rapportés par le Dr Macan, on pratiqua des injections hypodermiques à la dose de 18 milligrammes : 6 fois le résultat fut défavorable, 3 fois on nota quelque effet. (*The Dublin méd. sc.*, octobre 1878).

Des considérations théoriques ont fait expérimenter la pilocarpine dans l'éclampsie puerpérale. Dans notre Mémoire sur la nature et le traitement de cette affection, publié en 1876, nous avions conseillé déjà le jaborandi et la pilocarpine en injection hypodermique (v. p. 62). On sait d'un côté que la pilocarpine abaisse la tension artérielle, et d'un autre côté que, d'après la théorie de Traube-Rosenstein, l'éclampsie serait produite par une ischémie instantanée de la moelle allongée, résultant d'un épanchement rapide de sérosité dans la boîte crânienne : cet épanchement a lieu quand il y a hydrémie coïncidant avec une augmentation de la tension intra-artérielle (v. notre Mémoire, p. 19). — Il faut bien avouer que les faits cités par Bidder, Prochownick et autres ne sont guère encourageants, et que la pilocarpine n'a pas répondu encore à notre attente.

M. Hyernaux a relaté précédemment plusieurs expériences, d'où il résultait que la pilocarpine ne paraissait pas avoir une action spéciale sur la matrice. Dans le travail actuel, notre savant confrère analyse différentes observations de M. Pasquali et de M. Welponer : dans tous ces cas, le médicament a paru en général plus nuisible qu'utile. Chez une dame vue par M. Hyernaux, deux injections de 2 centigrammes ont suffi pour amener un empoisonnement, qui a failli entraîner la mort... et cependant on n'a pas même constaté la moindre contraction utérine.

Il y avait certainement une idiosyncrasie spéciale chez cette dame, car la dose employée n'était pas exagérée. — Dans un ouvrage récent (*De l'emploi de la pilocarpine dans la bronchite et la pleurésie*, Paris, août 1880), le Dr Tauleigne, parlant de l'action toxique du nitrate de pilocarpine, et se faisant en cela l'écho de M. Bochefontaine, qui l'a souvent expérimenté, avance que ce sel ne serait pas mortel, même à la dose de 5 *grammes* !!! M. Tauleigne ne conseille cependant que un centigramme en injection sous-cutanée.

Voici les conclusions de l'auteur, et elles nous paraissent parfaitement justifiées :

1° La pilocarpine n'est pas un agent spécifiquement ocytocique :

2° Elle paraît plutôt dangereuse qu'inoffensive pour la mère comme pour le produit ;

3° Les faits qui semblent lui attribuer une valeur réelle fussent-ils exacts, qu'il serait encore de sage pratique, en obstétrique, de lui préférer des procédés reconnus plus fidèles, moins perturbateurs de l'organisme et ne pouvant jamais, comme cet alcaloïde, occasionner la mort soit par une congestion asphyxique des poumons, soit par un arrêt des mouvements du cœur, après les avoir précipités outre mesure.

« On aurait tort, dit le professeur Héger, de considérer une injection de pilocarpine comme inoffensive, car cet alcaloïde exerce une action marquée sur les nerfs du cœur, et l'on pourrait aisément provoquer par son usage des syncopes ou des phénomènes asphyxiques.

Mes expériences, écrit Welponer, parlent donc péremptoirement contre la valeur ecbolique attribuée arbitrairement à la pilocarpine ; par conséquent, je crois qu'il faut regarder les résultats positifs obtenus comme étant l'effet d'une illusion, qui est du reste explicable et très facile, quand il s'agit de choses aussi compliquées, et pour moi, je n'hésite pas à le déclarer, la question me semble jugée.

(*Journal d'accouchements de Liège*).

DU TRAITEMENT RATIONNEL DE LA MÉNORRHAGIE

Par le Dr Edis.

La ménorrhagie n'est pas une affection définie, mais un symptôme. C'est là le thème développé par M. Edis devant la section gynécologique du *British medical Association*, pour arriver à cette conclusion que le traitement rationnel de la ménorrhagie doit être basé sur la notion étiologique.

Le traitement variera donc, suivant la cause de la ménorrhagie. Celle-ci sera combattue à l'aide des préparations martiales et des reconstituants chez les anémiques, tandis que chez les pléthoriques on instituera un régime sévère, avec proscription des spiritueux et rationnement des aliments azotés, en même temps qu'on aura recours aux évacuants (purgatifs salins) et aux préparations bromurées.

Dans les cas de ménorrhagies rebelles, on devra d'ailleurs ne jamais négliger le toucher vaginal, et, au besoin, pratiquer l'examen au spéculum, pour s'enquérir de l'existence éventuelle d'un fibrome utérin. Lorsque le développement de la ménorrhagie a été précédé d'irrégularités dans les époques menstruelles, on devra toujours songer à la pos-

sibilité d'un avortement, et la chose une fois élucidée, on agira en conséquence.

Dans un cas de ménorrhagie profuse, au lieu de se borner au tamponnement du vagin, M. Edis conseille de procéder à la dilatation du col à l'aide d'une tige de laminaire ou d'un morceau d'éponge préparée ; on effectue ainsi un tamponnement de la cavité utérine, en même temps qu'on se facilite l'accès de cette cavité pour les investigations et les manipulations ultérieures.

Quand la ménorrhagie est symptomatique d'une hématocèle rétro-utérine, M. Edis a l'habitude de la combattre à l'aide des applications de glace et des opiacés donnés à l'intérieur.

Quand l'utérus est en rétroflexion et le siège d'une congestion intense, comme cela n'est pas rare chez les femmes multipares, M. Edis préconise les scarifications du col, les applications de sangsues, les injections d'eau très chaude, l'introduction dans le vagin de tampons enduits de glycérine; plus tard, on appliquera un pessaire pour obtenir une guérison définitive.

Chez les femmes parvenues à l'âge de la ménopause, il ne faudra jamais traiter les ménorrhagies à la légère, et ne s'arrêter au diagnostic de ménorrhagie simple, que lorsque l'on se sera assuré par une exploration minutieuse que l'utérus n'est le siège d'aucune néoplasie (fibrome, carcinome). On conseillera alors les promenades en plein air, un régime sobre; on prémunira les femmes contre les ravages de l'abus des spiritueux et contre les inconvénients de la constipation habituelle. (*Revue hebdomadaire de Thérapeutique* ; *Journal d'accouchements de Suze.*)

DE L'ÉNUCLÉATION DES MYOMES UTÉRINS.

Par R. LOMER.

Depuis les progrès de la laparatomie et des opérations faites sur l'utérus par ce procédé, l'ablation des fibromes par la paroi abdominale se pose en sérieux adversaire de cette pratique par le vagin. Limiter le domaine de ces deux méthodes, tel est le but que se propose Lomer, guidé et inspiré par la pratique de son maître Schrœder.

La borne qui doit exister entre les deux méthodes se trouve au niveau du col utérin ; toutes les fois que le col utérin n'oppose aucun obstacle au passage de la tumeur, la voie vaginale est préférable ; dans

toute autre circonstance, la voie abdominale semble devoir être meilleure.

La dilatation forcée du col utérin destinée à ouvrir accès dans la cavité de l'organe, de manière à pouvoir extirper une tumeur contenue dans son intérieur, est une mauvaise et dangereuse opération, amenant assez fréquemment la mort, ainsi qu'on peut en voir des exemples cités par la plupart des auteurs. Aussi, dans de pareilles circonstances, la laparotomie semble-t-elle devoir lutter avec avantage.

Une observation se trouve ici publiée où on tenta l'énucléation d'un fibrome à travers le col utérin ayant subi une dilatation forcée ; la tumeur ne put être enlevée ; il se produisit une déchirure du col utérin allant jusque dans un ligament large, et ensuite une endométrite putride, qui amena une péritonite généralisée et la mort de la femme.

Analysant les cas dans lesquels chacune des méthodes précédentes est possible et préférable, on voit que l'ablation des myomes par la voie vaginale est nettement indiquée dans deux catégories de faits :

1° Quand il s'agit de myomes interstitiels ou pédiculés développés aux dépens de l'une des lèvres du col et faisant par conséquent saillie dans la cavité vaginale ;

2° Quand le myome occupe la cavité utérine, qu'il est sous-muqueux, pédiculé, et que, par le fait de sa présence même, les orifices internes se sont spontanément dilatés, et présentent un chemin tout ouvert, soit pour aller saisir la tumeur, soit pour l'amener au dehors.

Czerny a encore proposé d'avoir recours à la voie vaginale, quand on veut enlever des myomes sous-séreux appliqués contre un cul-de-sac du vagin. Cette opération a donné de bons résultats entre les mains de son inventeur.

Ce procédé peut être bon dans les cas où la tumeur est petite, libre d'adhérences ; mais alors qu'elle est volumineuse, mal délimitée, fixée aux organes qu'elle entoure, il présente de grandes difficultés d'exécution, témoin le cas publié par Lomer, où la tumeur, grosse comme une tête d'adulte, occupait toute l'excavation du petit bassin. La malade guérit, mais la tumeur fut enlevée incomplètement ; on dut faire l'opération en deux séances et son exécution fut des plus ardues. La laparotomie aurait été certainement ici préférable au procédé de Czerny.

Dans les cas de myomes sous-séreux, attenant à une partie plus ou moins élevée du corps de l'utérus ou d'un myome interstitiel, c'est la voie abdominale à laquelle il faut s'adresser et pratiquer l'opération que Martin, le premier, a entreprise en 1879 pour une tumeur sous-

séreuse. Pour les myomes interstitiels, les résultats sont aussi favorables ; l'auteur nous fait connaître un cas opéré par Schrœder, où la guérison eut lieu rapidement. Grâce à cette méthode d'ablation des myomes interstitiels, l'utérus est conservé intact, et la malade peut, par la suite, devenir mère.

Quant aux fibromes sous-muqueux saillant dans la cavité de l'utérus, avec un orifice utérin rigide, la pratique n'a pas encore prononcé, mais, vu la difficulté et les dangers de la méthode vaginale dans ces cas, il est probable que la voie abdominale devra être préférée pour leur ablation.

Résumant les indications précédentes, on peut donc dire que l'énucléation par la voie vaginale est préférable dans les cas de fibromes développés aux dépens des lèvres du col utérin, et dans les cas de fibromes sous-muqueux de la cavité utérine, alors que le col utérin est dilaté ; qu'il faut, au contraire, avoirs recours à la voie abdominale quand il s'agit soit d'un fibrome sous-muqueux, le col utérin étant rigide et fermé, d'un fibrome interstitiel et enfin d'un fibrome sous-séreux, une exception étant faite dans cette dernière catégorie pour certains cas de fibromes sous-muqueux développés au voisinage des culs-de-sac vaginaux, et qu'on peut enlever par le vagin, d'après le procédé de Czerny.

L'énucléation par la voie vaginale, dans les cas indiqués précédemment, fournit de bons résultats. Réunissant la plupart des statistiques publiées depuis 1873, Lomer est arrivé, comme résultat, à une mortalité de 16 p. 100.

Différents accidents peuvent se produire pendant cette opération, tels sont l'inversion utérine, alors qu'on exerce des tractions sur la tumeur pour l'extraire. Loin de craindre cette inversion, Hutchinson, Thomas, Schrœder la croient favorable à l'exécution de l'opération. L'utérus est ensuite réduit ; il ne se produit aucune conséquence ultérieure fâcheuse.

Le péritoine peut être ouvert au niveau du point d'insertion du fibrome. Cet accident s'est produit dans trois cas de Miculicz, Czerny et Sutton ; le dernier seul a été mortel, et cela parce qu'il y avait eu en même temps déchirure du petit intestin.

Dans un cas de Freund, une déchirure utérine se fit dans un des ligaments larges ; il s'ensuivit un emphysème qui envahit le tissu cellulaire sous-cutané d'une assez grande partie du corps, et qui guérit spontanément.

Schrœder opéra un cas où il se déclara une hémorrhagie artérielle abondante, dont on ne put se rendre maître, et qui tua la femme. Il s'agissait d'un myome récidivant opéré pour la troisième fois. L'autopsie montra que la tumeur, dans les trois cas, avait occupé le même siège ; il n'y avait pas d'autre trace de tumeur.

Ces fibromes récidivants, qui se comportent un peu comme les sarcomes, ne sont pas rares ; ils ont été décrits par Barnes sous le nom de « recurrent fibroid. »

Comme opposition aux fibromes récidivant, on peut citer les cas de fibromes disparaissant après leur ablation partielle.

La meilleure thérapeutique à opposer à la fièvre se produisant dans les jours consécutifs à l'opération est l'irrigation continue, dans la cavité vaginale, d'une solution assez forte d'acide phénique.

Le fibrome vient-il compliquer la grossesse, s'il n'encombre pas les voies génitales, il n'y a pas à s'en préoccuper. Mais si la tumeur siège dans le petit bassin, elle devient une cause de dystocie et ne peut laisser l'accoucheur indifférent ; mieux vaut, autant que possible, laisser la grossesse aller à terme ou au voisinage du terme, l'opération devant très probablement amener l'accouchement.

Quand la tumeur occupe la cavité vaginale, l'énucléation est relativement facile, mais il n'en est pas de même quand elle se place en dehors du canal génital, directement sous la séreuse péritonéale ou à son voisinage. Dans ce dernier cas, il faut, au moment de l'accouchement, essayer de réduire la tumeur, et si on ne réussit pas, après une ponction exploratrice destinée à évacuer le liquide qu'elle peut contenir et à confirmer la nature solide de la tumeur, on fait une incision à travers le vagin, jusqu'à la tumeur, et par cette incision on pratique l'énucléation.

Il est un élément dont Lomer ne tient pas compte, et qui joue cependant ici un rôle considérable, c'est la réduction spontanée de ces tumeurs. Il arrive assez souvent que des fibromes qui semblent absolument irréductibles au début du travail, et qu'on devrait, si l'on suivait l'auteur à la lettre, opérer, remontent petit à petit, sous l'influence des contractions utérines, dans la cavité abdominale. La nature lève l'obstacle elle-même ; c'est là une marche qu'il ne faut pas oublier, car c'est celle qui comporte le meilleur pronostic, et elle est loin d'être rare. *(L'Union médicale.)*

FORMULAIRE

—

De l'Ergot de Seigle INTUS ET EXTRA, *pour combattre les douleurs du cancer de l'utérus* (J. CHÉRON).

On a conseillé, dans ces derniers temps, l'emploi de l'ergot de seigle contre la douleur, dans le cancer utérin.

Les uns ont préconisé l'administration à l'intérieur, mais à des doses telles (2 gram. toutes les heures) que le moyen est peu pratique.

D'autres en ont conseillé l'emploi en applications, seulement, sur la surface ulcérée.

Après avoir fait usage de l'un et l'autre mode d'administration, séparément, nous sommes resté convaincu que la douleur est atténuée dans l'un et l'autre cas.

Il était donc rationnel d'employer l'ergot de seigle, *intus et extra*, en même temps.

Voici le mode d'administration qui nous a semblé le meilleur.

1° Ergot de seigle en poudre fraîchement préparée, 4 gr. en 16 paquets ou cachets.

Prendre un paquet toutes les heures.

2° Teinture d'ergot de seigle 10 gr.; pousser cette petite quantité de teinture, sur la partie ulcérée, à l'aide d'une petite seringue et saupoudrer, si faire se peut, avec la poudre d'ergot de seigle. Deux fois par jour.

L'emploi de l'ergot est surtout utile lorsque les douleurs se sont exaspérées, alors que les métrorrhagies se sont arrêtées ou ont été supprimées par des injections astringentes.

Directeur-Gérant, Dr J. CHÉRON.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

De la surveillance du périnée à la fin du travail.

Parallèle entre la méthode anglo-allemande et la méthode française.— Perfectionnements apportés à cette dernière.— Des avantages du décubitus latéral dans quelques accouchements anormaux.

Tandis qu'en France, pendant le travail, la femme est couchée sur le dos, le décubitus latéral est usité en Angleterre d'une façon à peu près générale ; il est réservé pour les primipares seulement en Allemagne et encore pendant la période d'expulsion.

Ce choix des accoucheurs allemands pour une position qui nous parait anti-naturelle, n'a cependant pas été fait sans motifs sérieux, alors qu'en Angleterre l'usage du décubitus latéral a presque toujours sa source dans un sentiment de pudeur exagérée.

Je laisserai de côté pour cette fois toutes les autres attitudes données à la femme dans divers pays pendant le travail de l'accouchement, pour ne m'occuper que du parallèle à établir entre la méthode anglo-allemande et la méthode française ainsi que des avantages que procure à la parturiente et à l'accoucheur le décubitus latéral dans quelques accouchements anormaux.

Il est triste, sans doute, d'avoir à constater que ce sont encore les Allemands qui, les premiers, ont donné à cette sorte de décubitus un caractère scientifique, alors qu'en Angleterre il était employé uniquement en vue de ménager la modestie de la parturiente.

Je suis loin d'être comme mes collègues de la jeune génération obstétricale qui croiraient n'être point au courant de la science s'ils ne puisaient leurs renseignements dans les *Archiv. für gynækologie* ou autres recueils en langue tudesque ; mais je ne puis cependant m'empêcher de rendre à César ce qui est à César et aux Allemands ce qui leur appartient. Que n'en font-ils autant des provinces qu'ils nous ont ravies par la force et sans droit.

Si, du reste, on retrouve dans les universités de l'empire germanique des accoucheurs qui ont la note vraiment scientifique, il faut dire aussi que, dans les campagnes et particulièrement dans certaines provinces de cette immense et disparate agglomération de peuples divers, il est encore quelques pays où la chaise percée, l'antique fauteuil de Heister jouit toujours d'une espèce de vogue, malgré les nombreuses déchirures du périnée que l'on peut mettre à son actif.

FIG. 1.

Accouchement sur le fauteuil de Heister, d'après une gravure du XVIe siècle empruntée au Manuel de Schroder.

Les praticiens français savent combien il est difficile sur un lit horizontal, comme ceux dont on dispose aujourd'hui pour l'accouchement, de bien soutenir le périnée pendant l'expulsion de la tête.

Cette difficulté est encore plus grande au moment du dégagement des épaules, aussi est-ce presque constamment pendant

cette période que se produit la déchirure, alors que le passage de la tête n'avait fait qu'entamer la fourchette.

Les lits de misère, tels que les préparaient nos pères, c'est-à-dire avec un deuxième matelas replié par son milieu sur le premier, laissaient du moins plus de facilité pour la surveillance du périnée et notamment pour les manœuvres destinées à empêcher sa rupture, mais comme ces lits présentaient plus d'inconvénients que d'avantages ils ont été justement abandonnés.

Dans le décubitus latéral tel que le pratiquent les Anglais, la femme est couchée sur le côté gauche, le siège répondant aux bords du lit ; les cuisses sont modérément fléchies sur le bassin et les genoux sont écartés l'un de l'autre par un oreiller plié en deux comme le montre la fig. 2e.

FIG. 2.

Decubitus latéral (méth. anglaise) : dernière période du travail.

Les médecins français ou anglais exerçant à Paris parmi la colonie étrangère ont pris l'habitude de placer ainsi leurs clientes et j'ai dû, pendant que je suppléais le Dr Campbell, alors malade (1874 et 75), adopter, dans plusieurs familles, la même position. Depuis, dans ma clientèle personnelle, j'ai employé plusieurs fois le décubitus latéral ; tout récemment encore j'y ai eu recours chez une française, cette fois, mais dans un cas spécial dont je donne l'observation plus loin.

J'ai été ainsi à même d'observer les avantages réels que pouvait procurer cette position et j'ai cherché à les résumer dans cette étude.

Par contre, j'ai envisagé les perfectionnements que M. Tarnier a apportés à la méthode française et j'ai cherché à établir un parallèle entre les deux décubitus qui pût éclairer le praticien et la sage-femme.

Il est évident que chez une primipare dont la moyenne de travail est de 12 heures sur lesquelles la parturiente reste, dans certains cas, huit à neuf heures au lit, le décubitus latéral serait extrêmement fatigant pour ne pas dire insupportable. *A fortiori* le serait-il davantage dans ces accouchements dont la lenteur est désespérante et échappe à toute appréciation anticipée. Ce n'est donc pas sans raison que les Allemands repoussent le décubitus latéral pendant toute la période qui précède la dilatation complète du col.

Ils le repoussent aussi chez les multipares en raison de l'assouplissement des parties et de la déchirure plus rare du périnée, aussi laissent-ils celles-ci couchées sur le dos jusqu'à la fin du travail.

Mais dès que la période d'expulsion commence, les accoucheurs allemands placent presque toujours les primipares sur le côté, le siège débordant un peu le lit, les cuisses et les jambes pliées comme nous avons vu que cela se pratiquait en Angleterre.

Schröder n'a constaté avec cette attitude que 3.76 de déchirures sur 100 accouchements de primipares, tandis qu'il en aurait trouvé 25 pour 100 en employant le décubitus dorsal.

Quand on a pratiqué quelque temps la méthode du décubitus latéral on trouve qu'elle permet de mieux surveiller le périnée, de tenir les jambes assez rapprochées l'une de l'autre, ce qui empêche la trop grande tension des muscles du plancher du bassin, et, dans ces conditions, on n'est pas éloigné d'adhérer à la statistique de Schröder.

Mais dans le cas d'hémorrhagie pendant le travail, celui d'accès d'éclampsie, il y a nécessité de la persistance du décubitus dorsal jusqu'à la complète évacuation de l'utérus quelque partisan qu'on puisse être de la méthode contraire.

J'ajouterai aux indications des accoucheurs d'outre-Rhin, que le décubitus latéral rend surtout de grands services pendant la première période du travail, dans les cas *d'obliquité latérale de l'utérus* et qu'il ne faut pas hésiter alors à y recourir. Mais il est clair qu'ici ce ne sera pas le côté gauche qui sera préféré, mais celui opposé à l'inclinaison utérine ; de même que dans l'accouchement normal, s'il n'y a pas de raisons pour préférer le décubitus latéral gauche, on fera aussi bien prendre la même attitude du côté droit d'après la situation du lit dans la chambre et on obtiendra les mêmes résultats à la condition que la femme soit placée au bord de son lit, du côté de l'accoucheur, qui doit toujours être ambidextre, mais ne peut dans ce cas aborder la patiente que vers le bord libre de ce lit.

Il n'y a que dans les lits somptueux dressés au milieu des chambres et accessibles de tous côtés que le choix du décubitus soit indifférent et encore, même dans ces cas, la femme étant assez souvent exposée à vomir pendant l'accouchement, aurions-nous une tendance à adopter le côté droit, car pour peu qu'il reste quelques matières alimentaires dans l'estomac, le poids du foie dans le décubitus latéral gauche pesera sur cet organe et sollicitera encore les vomissements ; d'autre part, combien de gens dans l'état de santé ne préfèrent-ils pas dormir sur le côté droit ! Aussi bien, un peu de sommeil entre chaque douleur, quand celles-ci ne sont pas trop rapprochées, est-il très avantageux à la femme en train d'accoucher.

On voit par ce qui précède que les Allemands ont pu, jusqu'à un certain point, établir des règles pour l'accouchement dans le décubitus latéral, règles qui pourraient encore être perfectionnées dans le sens que je viens d'indiquer. Mais si la méthode anglo-allemande ainsi corrigée peut à la rigueur être opposée au décubitus dorsal comme le font prendre la majeure partie des accoucheurs et des sages-femmes de notre pays, en sera-t-il de même si nous lui opposons la méthode perfectionnée enseignée par M. le professeur Tarnier à la Maternité de Paris ? Nous ne le pensons plus.

Voici du reste, en abrégé, cette méthode qui donne à l'accou-

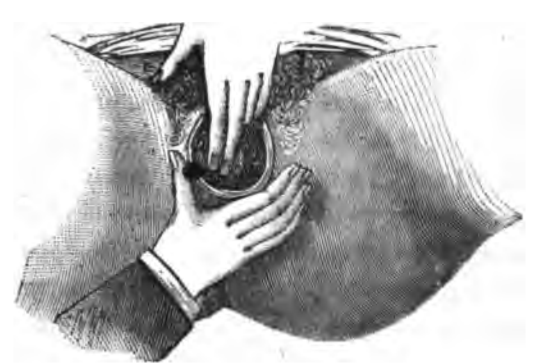
cheur toute facilité pour la surveillance du périnée et on peut dire qu'il n'y a guère que les périnées voués fatalement à la déchirure, par suite de la mauvaise qualité de leurs tissus, qui ne résisteraient pas à un accouchement conduit suivant cette méthode.

La femme étant couchée aussi horizontalement que possible la tête exhaussée seulement par un traversin « le siège est élevé au « moyen d'une ou deux paires de draps que l'on a soin de ne pas « déplier et que l'on place sous la région sacrée ; les cuisses sont à « demi fléchies et les genoux légèrement écartés, ordinairement « maintenus par des aides. »

Dans cette situation « la manœuvre qui consiste à soutenir le « périnée est alors plus commode, parce qu'au moment du déga- « gement de la tête, la face du fœtus n'est pas en contact avec les « liquides qui souillent le lit, qu'on aide plus facilement le dé- « gement des épaules et du tronc, enfin parce qu'on procède plus « aisément à la délivrance. » (Tarnier et Chantreuil — *Traité de l'art des accouchements*, p. 709). C'est ce que l'on obtenait précédemment avec l'ancien lit de misère.

Quant aux manœuvres destinées à empêcher toute déchirure, elles sont représentées dans la fig. 3 et peuvent se résumer comme le fait encore M. Tarnier en 4 points principaux :

FIG. 3.



Empêcher la sortie brusque de la tête et soutenir le périnée.

1° Empêcher la sortie brusque de la tête avec toute la main gauche (ou deux doigts de cette main) (Joulin), passée par dessus

la cuisse droite de la femme et venant appuyer sur le sommet de la tête fœtale.

2° Diriger cette partie fœtale au moment de son expulsion, suivant l'axe de l'orifice vulvaire.

3° Favoriser le mouvement d'extension de la tête quand le front commence à se dégager.

4° Enfin soutenir le périnée avec la main droite.

Je n'entrerai pas dans d'autres détails, mais j'ajouterai qu'après l'expulsion de la tête, la main droite au lieu de quitter le périnée doit continuer à le soutenir pendant le passage des épaules, lequel doit s'exécuter avec la plus grande lenteur ainsi que le dégagement du tronc.

C'est là le meilleur moyen pour éviter les déchirures et il faut bien dire que le décubitus latéral n'est pas aussi favorable à son exécution que le décubitus dorsal, quand l'on prend les précautions que je viens d'indiquer.

Enfin je termine en recommandant, pour les applications du forceps, de faire des tractions intermittentes comme les contractions utérines et de prendre, pour le dégagement de la tête et des épaules, les précautions recommandées pendant l'accouchement naturel.

Pour ces dernières recommandations le décubitus dorsal est encore préférable au décubitus latéral.

Observation.

Obliquité latérale de l'utérus du côté droit. Déplacement de la tête et substitution de l'épaule. Décubitus latéral gauche de la parturiente avant la période d'engagement. Redressement spontané, accouchement naturel.

Mme E. B.., Bd Magenta, 28 ans, a déjà eu 3 enfants, tous venus spontanément par le sommet à la suite d'un travail prolongé.

La grossesse actuelle avait été conseillée par un de nos gynécologistes les plus distingués pour remédier à une antéflexion pour laquelle la malade s'était refusée à toute opération.

Envoyé chez elle par M. le Dr Chéron, son médecin, vers le 8e

mois de la gestation, le palper me donne une présentation du sommet, mais tout à fait mobile au-dessus du détroit supérieur. L'utérus est très oblique du côté droit et, naturellement, on ne sent par le toucher aucune partie fœtale. Je revins 15 jours après sans constater aucun changement. Le fond de l'utérus remontait jusqu'à l'épigastre et la femme accusait des malaises et de la gêne dans les fonctions respiratoires et digestives.

Vers le milieu du 9e mois, les choses étaient encore en l'état où nous les avions trouvées et l'effacement du col ne commençait pas, bien que le degré d'ouverture de l'orifice externe et son ramollissement eussent préparé l'organe à cet effacement.

Appelé le 21 décembre 1883 pour quelques malaises éprouvés par Mme B., je constate alors seulement que le col commence à diminuer de longueur, mais le doigt parcourt encore une certaine étendue du canal cervico-utérin et arrive sur la tête du fœtus. Le 23 du même mois on vient me chercher parce que les contractions douloureuses s'étaient franchement établies; la femme *marquait*.

Au palper, je trouve l'utérus toujours oblique du côté droit, la tête dans la fosse iliaque gauche, il y a défaut d'accommodation ou plutôt il y a accommodation anormale. L'auscultation fait entendre les bruits du cœur sur la ligne médiane un peu au-dessous de l'ombilic.

Je touche et je constate, non sans quelqu'inquiétude, une *absence de toute partie fœtale au détroit supérieur*. L'effacement du col était d'ailleurs complet et la dilatation de 0,03 centimètres. Par cette petite ouverture on sentait légèrement bomber la poche des eaux pendant la contraction, mais de tête *point*, ni aucune autre partie fœtale !

Il était clair que par suite de l'obliquité de l'utérus la tête qui, il y a quelques jours, était au-dessus de l'ouverture du petit bassin, avait glissé dans la fosse iliaque gauche, en d'autres termes, il y avait menace pour nous, si la position ne se redressait pas, d'une présentation de l'épaule....

On sait que, chez les multipares, par suite d'un défaut d'accommodation, ces présentations ne sont pas absolument rares.

Je fis coucher la femme dans la position classique employée en France et j'attendis.

Sous l'influence des contractions, le col se dilatait de plus en plus, la poche des eaux grossissait, mais rien ne se présentait encore.

Après 4 heures d'attente sans résultat, je commençai à corriger le défaut d'accommodation par manœuvres externes et à ramener la tête au détroit supérieur dont elle s'était écartée.

Mais les contractions étaient vives, rapprochées, la douleur excessive. Me trouvant seul, la nuit, je ne pouvais songer à chloroformer la patiente qui s'opposait de toutes ses forces à la continuation des manœuvres externes et déjà je menaçais, aussitôt la dilatation complète, de mettre la malade en travers du lit pour procéder à un toucher manuel profond, rompre les membranes et au besoin faire la version, lorsque je résolus de tenter auparavant l'influence du décubitus latéral gauche. Tout concourait à me faire choisir cette attitude, la position du lit dans la chambre et surtout la déclivité droite de l'utérus. Je fis donc mettre la femme dans cette position, le siège débordant un peu le lit et je plaçai en même temps un coussin entre la tête du fœutus, dans la fosse iliaque gauche, et le plan du lit. Quant aux jambes de la parturiente, elles étaient demi-fléchies et je me contentai pendant les contractions de tenir la jambe droite (la supérieure) écartée en maintenant le genou, que je fis maintenir ensuite par la garde, placée de l'autre côté, pendant la période d'expulsion. Point d'oreiller embarrassant ; dans l'intervalle des douleurs les jambes reposaient toutes deux l'une sur l'autre ou sur le lit et dès que la douleur se faisait sentir la malade soulevait instinctivement la jambe droite.

En moins d'une demi-heure le redressement de la matrice s'était opéré spontanément, une heure après la dilatation était complète et, la tête cette fois bien engagée, je reconnus une première position du sommet. Après avoir attendu encore que l'engagement fût plus marqué, je rompis les membranes et en moins d'un quart d'heure Mme B. accouchait d'une grosse fille parfaitement bien portante. Dans cette dernière période je constatai également l'avantage du décubitus latéral par la facilité avec laquelle je sur-

veillai le périnée et pus diriger la tête vers la vulve. Pendant cette dernière phase du travail la femme tenait d'elle-même la jambe droite écartée, et la garde n'avait autre chose à faire qu'à fournir au genou de la parturiente un simple point d'appui avec la main.

Après l'accouchement et la section du cordon ombilical, je plaçai une alèze sous le siège et remis la femme dans le décubitus dorsal pour attendre la délivrance, qui se fit une demi-heure plus tard sans aucun accident à noter.

En définitive si, à ce que nous avons exposé dans nos prémisses à propos de la surveillance du périnée, nous ajoutons l'enseignement que le lecteur peut tirer de l'observation précédente, nous pourrons formuler les indications du décubitùs latéral de la manière suivante:

1° Le décubitus latéral chez les primipares, dans la période d'expulsion, facilite la surveillance et les manœuvres que l'accoucheur peut avoir à exécuter du côté du périnée. Il évite donc sa déchirure dans le plus grand nombre des cas.

2° Le décubitus latéral se fera indifféremment sur le côté droit ou sur le gauche d'après la position du lit et à la commodité de l'accoucheur.

3° Le décubitus latéral droit expose moins la parturiente aux vomissements et lui permet plus volontiers le repos entre les douleurs.

4° A moins d'indications spéciales, on ne donnera à la parturiente la position latérale qu'après la dilatation du col, pendant la période d'expulsion.

5° La jambe supérieure de la femme en travail n'a pas besoin d'être écartée par des coussins. L'instinct de la femme y supplée et, au besoin, une garde ou une assistante offre un point d'appui au genou pendant la dernière période du travail.

6° Si le décubitus latéral offre certains avantages sur le décubitus dorsal et *horizontal* employé par la majorité des accoucheurs français, cependant le décubitus dorsal pratiqué comme le conseille M. le professeur Tarnier, permet aussi bien la surveillance du périnée et facilite mieux les manœuvres destinées à empêcher

sa rupture que le décubitus latéral. Il répond à ce que l'on obtenait par l'ancien lit de misère (petit lit français) sans avoir les inconvénients du transport après l'accouchement. Il est tout à la fois plus naturel, plus commode et je dirai même plus convenable quoiqu'en disent nos confrères d'Angleterre, pendant la parturition et la délivrance que le décubitus latéral.

Il est surtout plus avantageux pour les applications du forceps.

7° Il existe néanmoins des indications spéciales en faveur du décubitus latéral, parmi lesquelles se placent au premier sang les obliquités exagérées de l'utérus gravide.

Dans ces cas, le décubitus favorise le redressement de la partie fœtale sans intervention de manœuvres externes, et telle présentation menaçante du tronc dans le décubitus dorsal peut, par suite du changement de position donné à la femme, être remplacée par une présentation franche du sommet.

D^r E. Verrier.

ENCHATONNEMENT DU PLACENTA

DANS LA CORNE GAUCHE DE L'UTÉRUS ; HÉMORRHAGIE ; DÉLIVRANCE ARTIFICIELLE

Par Mlle Mathilde Durand, sage-femme de 1re classe de la Faculté de Paris, à Troyes.

Le 24 décembre 1883, à 2 h. de l'après-midi, je fus appelée auprès d'une primipare âgée de 18 ans, enceinte, à terme et en travail.

Je constatai en arrivant une dilatation du col de la grandeur d'une pièce de 0,50 (2 centimètres). Le travail ne présenta rien d'irrégulier et l'accouchement se termina spontanément à 7 h. du soir.

Une demi-heure après, le globe utérin était très rétracté. Je tendis le cordon avec force et lenteur, mais rien ne vint ; le placenta n'était pas encore décollé. Comme il n'y avait pas d'hémorrhagie, j'attendis. A 9 h. 1/2 (2 h. 1/2 après la sortie de l'enfant) une perte survint. Après quelques nouvelles tractions aussi infructueuses que les premières, j'introduisis la main pour pratiquer le décollement artificiel. En suivant le cordon je m'aperçus

qu'il était impossible d'arriver jusqu'à son insertion placentaire. L'utérus était resserré à gauche, il me semblait que le cordon était pris dans un anneau où il n'y aurait eu place que pour lui et un doigt au plus. Je portai alors la main du côté droit de l'utérus et je décollai la partie du placenta qui n'était pas comprise dans le chaton ainsi que le reste des membranes.

Mais la plus forte partie était enchatonnée dans la corne gauche de l'organe vers l'insertion de la trompe de Fallope. Je repris donc encore le cordon comme guide afin de ne pas tâtonner et arriver plus facilement au-delà de l'obstacle. Puis comme l'hémorrhagie continuait, j'introduisis d'abord un doigt au-delà du point resserré, puis 2, puis 4, mais j'essayai en vain de les écarter tant ils étaient serrés par le chaton.

J'attendis sans les retirer, et au bout de quelques minutes je les sentis plus libres, je les écartai doucement, petit à petit, et je décollai le plus possible du placenta qui était à leur portée. Enfin le spasme cessa et je pus, sans autre inconvénient, achever le décollement et extraire la délivrance. L'utérus se rétracta, l'hémorrhagie cessa aussitôt.

En examinant le placenta afin de voir s'il était au complet, je remarquai sur la face utérine un grand nombre de petites concrétions calcaires de la grosseur d'un grain de millet, qui d'ailleurs ne paraissaient avoir nui en rien au développement de l'enfant. Celui-ci était une fille bien portante et pesant 3,250 grammes.

Les suites de couches ont été très naturelles, la mère n'a eu ni frissons, ni lochies sanieuses, ni une minute de fièvre.

Réflexions. L'enchatonnement du placenta est chose connue sans doute, mais tous les accoucheurs ne le comprennent pas de la même manière. Les uns, avec Pajot, admettent l'explication donnée par Seu, d'une sorte *d'arrière-boutique* dans laquelle le placenta se trouverait comme enfermé. Les autres avec Depaul et Simpson, ne voient là qu'un simple resserrement de l'orifice interne. Les Allemands l'expliquent anatomiquement par la contraction de l'anneau de Bandl. Loin de moi l'idée de prendre parti parmi ces opinions savantes, mais je ne puis m'empêcher de voir dans le cas rapporté plus haut, un enchatonnement produit par la disposition orbiculaire des faisceaux musculaires utérins vers l'orifice des trompes, comme dans l'observation décrite par Verrier, in : *Gazette obstetricale*, nos 5 et 6, 1872. Cette explication

d'ailleurs, tout au moins pour ce cas particulier a été donnée par Chailly et confirmée par Joulin.

Quant au traitement, j'ai cru devoir suivre la méthode de Dubroca, de Bordeaux, employée avec succès par M. Verrier dans le cas précité, où le placenta était en partie adhérent dans l'utérus et en partie engagé dans l'infundbulum de la trompe droite dilatée en forme d'entonnoir et contractée sur le placenta.

Je n'ajouterai que quelques mots à propos des concrétions calcaires trouvées sur le placenta, c'est que c'est la 1re fois que j'envois et que je ne sais absolument rien des causes de leur production.

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*, Annotée par le Dr J. Chéron.

TROISIÈME PARTIE

Pathologie spéciale de l'âge critique.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX GANGLIONNAIRE

TABLEAU XXIV.

Disposition aux maladies du système nerveux ganglionnaire, observée chez 500 femmes à l'âge critique.

Faiblesse épigastrique et épuisement	220
Douleurs épigastriques ou sensations anormales	49
Evanouissement ou lipothymie	25
Evanouissement, pour la première fois de la vie	3
Dépression des forces mensuellement	1
Chlorose	40
Palpitations	16
Pulsations de l'aorte	2
Asthme hystérique	7
Asthme hystérique mensuellement	2
Débilité intense et prolongée	41
	406

Ainsi, il s'est trouvé 406 cas sur 500 femmes plus ou moins atteintes de maladies du système glanglionnaire ; il s'en trouvait parmi elles qui souffraient de plusieurs affections plutôt que d'une seule. La disposition à les contracter diminue avec l'âge ; les douleurs épigastriques sont rarement intenses, mais souvent on voit persister la disposition à l'évanouissement et aux sensations de faiblesse au creux de l'estomac.

Le volume du cerveau, sa structure compliquée et régulière, démontrent qu'il est destiné à des fonctions importantes, et la relation existant entre les facultés intellectuelles et la structure du cerveau, bien qu'elle soit insaisissable, doit être admise. C'est un cas bien différent, en ce qui concerne le système nerveux ganglionnaire, mais il n'est pas moins incompréhensible que tant de force vitale, pour le bien ou pour le mal, puisse être concentrée dans de petites masses irrégulières de matière nerveuse et dans divers écheveaux de nerfs embrouillés, dont la géographie, comme celle des régions polaires, diffère d'après les observations successives. Mais, bien que ce soit incompréhensible, il n'en est pas moins certain que ces faisceaux de matière nerveuse, et ces réseaux de nerfs gouvernent les vaisseaux sanguins, et sont indissolublement liés au pouvoir supérieur qui dirige les fonctions de la nutrition, dans l'état de santé ou dans l'état de maladie. On en trouve la preuve dans les écrits de Winslow, Bichat, Reil, Wilson, Brachet, Philip, Broussais et Lobstein, et dans ceux des auteurs plus récents dont les noms seront cités ultérieurement. Soit que, avec Bichat, les anatomistes regardent le système nerveux ganglionnaire comme indépendant, soit que, avec Haller, ils le considèrent comme un rejeton du système cérébro-spinal, les ganglions contiennent toutes les variétés du tissu des nerfs, et peuvent même être considérés comme de petits cerveaux dont chacun a ses attributions spéciales et tire sa sensitivité des nerfs sensoriaux qui touchent à chaque ganglion et rendent sensibles au cerveau toutes les impressions morbides glanglionnaires.

Avec Müller, je considère les ganglions comme la source des forces des nerfs sympathiques et comme les sources d'où les nerfs ganglionnaires tirent le courant galvanique constant et graduel

qui rend le système capillaire apte à remplir ses fonctions. Néanmoins, il paraît que chaque ganglion séparé envoie son contingent d'influence nerveuse aux ganglions centraux, et que la force dont est doué le système nerveux ganglionnaire est centralisée dans la région épigastrique comme les facultés intellectuelles dans le cerveau. Si discordantes que soient en général les théories médicales, il est singulier de voir combien on s'est accordé à considérer la région épigastrique comme le centre de la force vitale; Galien et Formellius l'ont appelée le levier principal des forces humaines; Van Helmont y a placé son *Archæus*: Wrisborg et Lobstein en ont parlé comme du *Cerebrum Abdominale* ; Hunter l'a nommé le centre sensitif et le centre des sympathies ; enfin, Bichat, Broussais et autres l'ont considéré comme le premier conducteur de l'influence nerveuse. L'importance de cette région comme centre de puissance est démontrée même par les théories erronées en vertu desquelles des médecins ont placé le siège de la sensibilité dans le diaphragme et par la croyance populaire que les passions humaines ont leur repaire dans la région du cœur, ce qui fait qu'elles réagissent sur cet organe comme stimulants, lorsque les passions sont de nature agréable, comme déprimants, dans le cas contraire.

Néanmoins, le système nerveux ganglionnaire, au point de vue pathologique, est une *terra incognita* ; ses maladies sont négligées ou incomplètement étudiées dans les traités classiques de pathologie, et elles sont rarement mieux traitées dans les livres sur les maladies des nerfs,— négligence due, en partie, aux théories insensées fondées sur ce thème par des écrivains fantaisistes. Ainsi, malgré l'ouvrage classique de Lobstein, Georget écrivant en 1836, affirmait que l'on ne sait rien des maladies *du plexus solaire* ou *du système ganglionnaire des nerfs*; peu après, Sir H. Holland établissait que « le système ganglionnaire et les différents nerfs de la vie organique nous sont encore connus incomplètement dans leurs actions spéciales. et, d'une façon plus obscure encore, dans leurs rapports compliqués avec les forces nerveuses de la vie animale »; il ajoutait que « une influence moins définie du système de la vie organique, comme une des causes d'épuisement, est la seule dis-

position morbide de ce système nerveux qu'on retrouve partout. »
Il n'est pas surprenant que la pathologie du système ganglionnaire ait été jusqu'à présent imparfaitement étudiée puisque sa physiologie est pleine de lacunes ; mais les expériences de Claude Bernard et les conséquences qu'en a tirées Brown-Séquard, concluant à ce que les vaisseaux sanguins sont paralysés par la section de leurs nerfs ganglionnaires ou vaso-moteurs, ont donné une base physiologique à l'étude des maladies du système nerveux ganglionnaire. Ces expériences établissent le fait que la paralysie partielle des nerfs ganglionnaires entraîne la congestion ou l'inflammation des tissus dans le champ de leur distribution ; en outre, l'influence capitale des ganglions semilunaires sur les vaisseaux sanguins des viscères abdominaux est démontrée par les expériences de Samuel qui a trouvé que leur extirpation chez les chiens, les chats et les lapins suscite un degré extraordinaire d'hypérémie de la membrane muqueuse intestinale.

Il semblerait que le système ganglionnaire, régissant la circulation, doit exercer sur le corps humain une influence nerveuse qui joue le rôle de la vapeur dans une machine, la force nerveuse inconsciente donnant au système cérébro-spinal un pouvoir dont l'esprit a pleinement conscience. En tous cas, quiconque veut avoir une idée nette des différentes périodes de la reproduction chez les femmes, sera frappé du fait qu'une fréquente prostration des forces est un symptôme prédominant, même quand elles sont en bonne santé. Au retour de chaque période menstruelle, à la cessation de la menstruation, après les rapports sexuels, après l'enfantement et pendant la lactation, elles ressentent plus ou moins ce manque d'énergie. On dirait que la femme ne peut traverser les divers degrés de la fonction qui sert à transmettre la vie, sans perdre momentanément une portion de sa force vitale rappelant ainsi la condition de l'un de ces êtres qui meurent quand ils ont donné l'existence à d'autres.

Et quasi cursores vitæ lampada tradunt.

Un coup d'œil sur le tableau précédent montrera que la débilité, d'intensité variable, est le caractère constant que j'attribue à l'action maladive du système ganglionnaire, et le Docteur Hand-

field Jones (1) qui s'est occupé sérieusement de l'étude des affections ganglionnaires, a bien remarqué que, si douloureuse que soit la névralgie cérébro-spinale, elle n'entraîne ni syncopes ni lipothymies, qui peuvent accompagner l'irritation de chacun des plexus sympathiques. La débilité se rencontre souvent sans qu'il soit possible de découvrir son origine dans aucune partie du corps ; mais cette affection est si intense, lorsque la maladie des ganglions centraux est évidente, elle accompagne si constamment toutes les formes de la gangliopathie, que nous pouvons la considérer comme son principal symptôme. La même remarque s'applique à la chlorose, et à plus forte raison à la lipothymie et à la syncope.

Gangliopathie. — Je donne ce nom à un état dans lequel plus ou moins de débilité est associée à la paralysie, à l'hyperesthésie ou à la dysesthésie du plexus solaire et des ganglions centraux du système sympathique. La gangliopathie a été souvent décrite sous les noms de cardialgie, gastralgie et gastrodynie, mot qu'on devrait n'employer que pour désigner des états névralgiques de l'estomac. On a écrit sur la gangliopathie considérée comme névrose du nerf vague, comme lipothymie, comme dyspepsie par épuisement, comme asthme hystérique ; un des cas que j'ai soignés a même été qualifié par un autre médecin, d'*affection nerveuse du diaphragme.* Les femmes se plaignant fréquemment *de douleurs à la poitrine*, ou de *spasmes*, de *spasmes intérieurs* ou d'*hystérie intérieure.*

Les effets d'un coup donné prudemment au creux de l'estomac expliqueront ce que j'entends par gangliopathie accompagnée de paralysie. Pour les caractères de la perversion de l'action ganglionnaire, je renvoie les hommes de l'art aux symptômes les plus accusés de la lactation surabondante ; mais, comme j'appelle l'attention sur une maladie qui a été complètement négligée, je commencerai par citer des observations qui caractérisent les diverses formes de la gangliopathie ; je préfère me servir d'un terme qui localise la maladie sans en spécifier la nature, parce que

(1) *Functional Nervous Diseases.*

l'état actuel de la science justifie rarement l'emploi d'une expression plus précise.

OBSERVATION QUINZIÈME. — *Hypéresthésie ganglionnaire.* — Mlle C. avait quarante-huit ans ; grande, forte, cheveux noirs et visage coloré. La menstruation fut régulière de treize à quarante-sept ans, mais ensuite irrégulière et se manifestant à peine. Cette malade n'était jamais nerveuse ni hystérique; elle se plaint de douleurs au creux de l'estomac ; elles se sont déclarées lorsque le flux menstruel est devenu irrégulier : elle dit que maintenant elle n'est jamais sans éprouver des sensations de gêne à la région épigastrique, ce qui ne l'empêche pas de vaquer à ses occupations, pendant le jour, bien que parfois il survienne des paroxysmes de douleur aiguë, particulièrement pendant la nuit où elle s'éveille souvent, en sursaut, d'un profond sommeil. Elle désigne ce qu'elle éprouve alors comme « une douleur déchirante ». et quand elle a duré de dix à vingt minutes, elle crache des mucosités visqueuses, sans éructations. L'accès de la douleur passé, la malade reste abattue, pendant de longues heures, ayant sa parfaite connaissance, mais incapable de mouvement. Quelquefois elle s'évanouit, et, après une attaque violente, est obligée de garder le lit pendant un jour ou deux. Pendant les six derniers mois, les vapeurs et les transpirations ont été multipliées et abondantes. La langue était nette, la digestion bonne, pas de trace de tumeur au creux de l'estomac. Je prescrivis une saignée de six onces au bras, deux cuillerées à bouche d'une préparation camphrée avant et 10 grains de carbonate de soude après les repas ; 2 pilules composées et 10 grains de poudre de Dower de deux nuits l'une, et chaque nuit l'application d'un cataplasme de moutarde ou de farine de graines de lin au creux de l'estomac. La préparation camphrée que je donne souvent dans des cas semblables est composée de 3 drachmes de teinture de castoréum, de 6 drachmes de teinture d'hyoscyamine, et de 5 onces de julep de camphre. Après avoir continué ce traitement pendant un mois, le paroxysme ne vint qu'une seule fois par semaine, au lieu de chaque nuit ; j'ordonnai alors un bain chaud de deux heures, le soir,

tous les deux jours, avant de se mettre au lit ; des emplâtres alternés de belladone et d'opium, changés chaque semaine ; et un scrupule de soufre, une fois par jour. Elle persista pendant six semaines, puis cessa parce qu'elle n'avait pas éprouvé de paroxysme depuis dix jours. Quand la malade quitta la ville, je l'engageai à prendre la préparation camphrée de temps en temps, ainsi que les pilules et la poudre de soufre composée, et à se faire tirer 2 ou 3 onces de sang tous les trois ou six mois. Ce cas était celui d'une affection névralgique du centre nerveux ganglionnaire, car l'estomac accomplissait librement toutes ses fonctions, il n'existait aucun indice de désordre mental, cette affection n'avait, en aucune manière, obscurci sa véritable nature, en éveillant d'autres désordres nerveux. Elle n'a causé ni hystérie, ni pseudo-narcotisme, ni même des maux de tête et elle était bien caractérisée par le paroxysme de la douleur et par l'état d'évanouissement et d'épuisement qu'elle déterminait.

Observation seizième. — *Hypéresthésie ganglionnaire.* — Mme K., âgée de quarante-deux ans, me consulta en 1855. Cette dame est forte, de taille moyenne ; elle a les cheveux et les yeux noirs, le teint basané ; elle a été toute sa vie sujette à des indispositions bilieuses. A douze ans, le flux menstruel se manifesta, accompagné d'évanouissements fréquents. Il continua régulièrement, souvent avec de la fièvre. Elle se maria à vingt-sept ans, mais n'eut jamais d'enfants. En 1848, après avoir passé une année à Ceylan, elle éprouva, pour la première fois, des douleurs atroces dans la région de l'épine dorsale et dans l'abdomen ; ces douleurs survenaient toujours pendant la nuit. Elle devint mieux portante sous l'influence d'un traitement mercuriel ; elle eut la fièvre de Bombay l'année suivante, mais revint chez elle guérie par une longue traversée. Quatre ans plus tard, la menstruation devint irrégulière, et maintenant, elle ne perd plus « qu'un peu d'eau verdâtre » pendant un jour seulement. Depuis que cet état dure, elle est constamment inquiète ; et elle a souvent éprouvé des attaques semblables à celles qu'elle a eues à Ceylan. Elle a dit que, chaque nuit, elle était éveillée par une douleur aiguë « mordante

et brûlante », aux environs de la cinquième vertèbre dorsale. Cette douleur enserrait le côté droit, gagnait le creux de l'estomac où elle semblait se concentrer, la mordait et la rongeait pendant deux heures. La malade décrivait pittoresquement l'explosion subite de l'attaque — « comme si la douleur jouait sur elle une *ouverture* à coups de poing ». Elle avait imaginé de se soulager avec du laudanum ; quand les attaques ne viennent pas, ce sont des douleurs ardentes au creux de l'estomac, et lorsqu'elles sont intenses, elles amènent plusieurs évanouissements par jour. Cette dame, quoique paraissant forte et bien portante, est très irritable ; son mari extrêmement nerveux lui-même, lui inspire beaucoup de crainte.

Elle ressent tous les changements de temps, et souffre vivement de l'état orageux de l'atmosphère. Elle se trouve fréquemment lourde, stupide, assoupie, sans mémoire ; très découragée, elle s'imagine devenir folle et éprouve des tentations de suicide. Pendant les deux dernières années, elle a été très sujette aux vapeurs, mais sans transpirations ; la circulation est inactive, car ses doigts sont froids et bleuïs, même pendant les jours les plus chauds de l'été. Le pouls est petit, la langue un peu tuméfiée. — J'ai prescrit une préparation de camphre avant les repas, du carbonate de soude après ; 6 grains de pilules bleues, et deux d'extrait d'hyoscyamine le soir, tous les deux jours ; 10 grains de poudre de Dower chaque soir ; un scrupule de poudre de soufre et de borax une fois par jour, et un bain chaud deux fois par semaine.

Un mieux sensible a suivi le sommeil profond qui est résulté du traitement observé pendant quelques jours ; les paroxysmes de la névralgie ne sont plus périodiques. J'ai continué les mêmes prescriptions, mais j'ai aussi ordonné deux emplâtres de belladone, l'un à l'épigastre, l'autre sur la partie douloureuse de l'épine dorsale ; ils doivent être renouvelés chaque semaine. La malade étant très-bilieuse, j'ai prescrit 3 grains de calomel chaque soir, et une purgation noire le matin ; la préparation camphrée, la soude, et les poudres de Dower doivent être continuées. Deux pilules avaient provoqué la salivation. Quelques semaines

après, les paroxysmes de douleurs sont revenus chaque nuit ; j'ai ordonné un sixième de grain d'acétate de morphine dans une potion à prendre toutes les deux heures, jusqu'au moment où vient le sommeil. Ce médicament lui procura un sommeil profond pendant 14 heures, et les attaques ne reparurent qu'à de longs intervalles. Lorsque je la vis pour la dernière fois, je lui conseillai de prendre la préparation camphrée et les poudres de Dower de temps à autre, de prendre chaque soir un demi-drachme de soufre et de magnésie, par quantités égales, et de provoquer le sommeil par l'acétate de morphine lorsque les attaques seraient imminentes.

Un point à remarquer dans l'observation qui précède, c'est que les vapeurs fréquentes étaient sèches et brûlantes, tandis que des transpirations douces coïncidaient avec l'amélioration des symptômes ; leur persistance présente la chance la plus probable de l'immunité contre de plus mauvais symptômes. Cette malade a été extraordinairement nerveuse toute sa vie, mais sans avoir présenté aucune forme bien accusée de l'hystérie, tant sont variés les états morbides nerveux la plupart sans noms spéciaux.

Dans d'autres cas, ce n'est pas de douleurs vives que souffre la malade, mais de sensations ganglionnaires étranges et pénibles ; comme elles ne dépendent d'aucune affection organique du cœur ou de l'aorte, et comme elles coïncident avec d'autres symptômes nerveux propres à la cessation, il semble juste de les attribuer à quelque condition morbide du centre nerveux ganglionnaire.

OBSERVATION DIX-SEPTIÈME. — *Dysesthésie ganglionnaire.* — Sarah B., grande, forte, paraissant bien portante, les cheveux bruns, les yeux brun-clair, avait quarante-sept ans quand elle se présenta au dispensaire de Paddington, le 8 septembre 1849. Elle fut menstruée à dix-sept ans, n'éprouva jamais d'irrégularités, mais un peu de pseudo-narcotisme. Elle se maria à vingt-cinq ans, eut deux enfants ; le flux menstruel cessa tout-à-coup, sans cause connue, à quarante-quatre ans. Depuis lors, elle a été complètement exempte de douleurs abdominales, mais elle a beaucoup souffert de symptômes nerveux. Elle n'a pas eu de

maux de tête, mais une lourdeur, un sentiment de stupidité dans la tête avec abattement pendant le jour et oubli de tout ce qui l'environne, après une nuit de bon sommeil. Elle a aussi été nerveuse, abattue, découragée, versant souvent des larmes, et ressentant d'étranges sensations à la gorge. Toujours, depuis la cessation, elle a été tourmentée par une sorte de vibration au creux de l'estomac « comme si quelque chose se balançait continuellement en elle ». Cela est pire après les repas, diminue lorsqu'elle se couche, se fait rarement ressentir quand elle est au lit, mais recommence dès qu'elle se lève.

Si elle tourne le coin d'une rue, cette sensation lui fait craindre de perdre son centre de gravité; si elle l'éprouve quand elle est dans son lit, elle sent « comme un taquet qui va et vient dans son corps », et alors la tête devient trop grosse » comme « si quelque chose y montait du creux de l'estomac et la rendait vague et lourde. » Depuis la cessation, elle a été troublée par des vapeurs ardentes, sans transpirations, et parfois il survient une grande irritation aux parties sexuelles. Pas de maladie organique du cœur, de pulsation de l'aorte, de condition dyspeptique persistante, qui explique ce symptôme singulier; mais il serait illogique de nier la vérité des allégations de la malade parce que ses sensations ne s'expliquent pas; elle a consulté beaucoup de médecins, et on lui a dit que « cela n'avait pas le sens commun ».

J'ai prescrit la préparation camphrée avant les repas et en allant au lit; le carbonate de soude après les repas; un large emplâtre d'opium au creux de l'estomac; une petite cuillerée à café de soufre et de carbonate de magnésie chaque soir, une lotion saturnine pour diminuer l'irritation des parties sexuelles, et 10 grains de poudre de Dower à prendre chaque soir (6 octobre.) — Au lieu de transpirations, une éruption papuleuse est apparue sur les épaules. Elle se sent plutôt plus mal que mieux, mais je persiste à donner les mêmes médicaments, en ajoutant 2 pilules composées à prendre de temps à autre (20 octobre.) — Tous les symptômes cérébraux se sont dissipés. Elle est beaucoup mieux et peut maintenant vaquer à ses occupations ; mais la sensation de balancement dans la région épigastrique n'a pas encore cessé.

L'amélioration a coïncidé avec des transpirations douces et bien soutenues. J'ordonnai la préparation camphrée et la soude comme auparavant, mais je suspendis l'usage du soufre et de la poudre de Dower ; je prescrivis soufre, 2 onces ; borax, 1 once ; poudre de Dower, 1 drachme; 2 scrupules de ce mélange à prendre le soir dans un peu de lait. En outre, un vésicatoire au creux de l'estomac, (6 novembre.) Elle paraît calme et à son aise, beaucoup plus forte, et presque une toute autre personne ; cependant, la sensation de balancement existe encore et la trouble par moment. La malade est renvoyée guérie ; elle est tranquille et heureuse de ne plus éprouver ses anciennes sensations épigastriques.

Observation dix-huitième. — *Dysesthésie ganglionnaire.* — Sarah J., femme de taille moyenne, cheveux brun-foncé, yeux gris, complexion demi-chlorotique, vint au dispensaire de Farringdon, le 27 février 1853, étant âgée alors de quarante-six ans, non mariée. Le flux menstruel était venu à seize ans, et continua régulièrement, sans aucun symptôme nerveux ou autre, si ce n'est que, pendant deux ou trois jours, il était presque toujours précédé d'éructations muqueuses acides. Une perte abondante survint il y a sept mois, sans cause connue, et depuis, le flux menstruel est apparu toutes les six ou huit semaines, en quantités variables, et accompagné de douleurs abdominales, de violents maux de tête, bien que la sécrétion muqueuse acide soit moins abondante. Elle a souffert d'abattement moral, de pleurs involontaires, de sensations pénibles, avec suffocation et ondulations au creux de l'estomac, ce qu'elle compare à l'action d'une machine pompant quelque chose de l'estomac à la tête, d'où résultent céphalalgie et faiblesse. Elle ne ressent pas toujours ces sensations lorsqu'elle est couchée et qu'elle dort appuyée dans son lit. L'attaque dure rarement plus d'une demi-heure, mais la nuit est sans repos, et le jour suivant elle dort longuement. Je ne découvre pas de maladie du cœur, pas de pulsations de l'aorte, à peine quelques signes de désordres gastriques ; ni vapeurs ni transpirations. Je prescris la préparation camphrée avant, et le carbonate de soude après les repas, 10 grains de poudre de Dower

le soir, un scrupule de poudre de soufre et de borax deux fois par jour, un emplâtre de belladone au creux de l'estomac, et 2 pilules composées à prendre de temps en temps. Ce traitement fut continué pendant trois mois; il vint à bout de tous les symptômes morbides, et la malade fut dès lors bien réglée pendant six mois de suite, le flux à ce moment cessa tout-à-coup. Elle était affectée d'une grande faiblesse, de maux de tête, et de vertiges ; et pendant une année, elle fut sujette à des vapeurs et à des transpirations, mais les troubles épigastriques ne reparurent pas.

Observation dix-neuvième. — *Paralysie ganglionnaire.* — Une dame veuve, âgée de cinquante-quatre ans, avait été régulièrement menstruée jusqu'à quarante-et-un ans, époque où l'écoulement sanguin s'arrêta soudain par suite de l'effroi que lui causa un mouvement révolutionnaire à Athènes. Elle devint alors sujette aux maux de tête, aux vomissements bilieux, qui cependant diminuèrent à son retour en Angleterre, en 1851. En 1855, l'habitude de vomir cessa complètement, mais il lui succéda une sensation de faiblesse et d'épuisement au creux de l'estomac. Cette sensation anéantissait tellement ses forces qu'elle en était confinée pour plusieurs jours dans son lit. On avait dénommé sa maladie « affection nerveuse de l'estomac », et l'on avait essayé inutilement d'apéritifs, de toniques, de stimulants et de vésicatoires au creux de l'estomac, jusqu'au moment où l'on combina ces moyens avec les sédatifs administrés comme dans les cas précédents ; la malade fut soulagée bien qu'il lui survint des tracas domestiques. En 1859, elle écrivit pour dire qu'elle avait recouvré la santé et se trouvait capable de prendre un exercice très-actif.

Si ces symptômes anormaux ne se manifestaient que chez les femmes qui ont le temps de surveiller l'apparition de la douleur et d'en suivre les phases jusqu'à ce qu'elle ait pris racine dans le système nerveux, je ne m'appesantirais pas longtemps sur ces détails ; mais lorsqu'on les voit apparaître chez les plus rudes des filles d'Eve, celles qui travaillent fortement sans exercer leur imagination, je les considère comme indiquant une maladie locale. et non une simple illusion.

Une laveuse à l'apparence robuste, de quarante-sept ans, me dit qu'après la disparition de ses règles pendant six mois, elle s'était trouvée pour la première fois de sa vie obligée d'abandonner son travail parce que le moindre effort lui causait de grandes douleurs au creux de l'estomac et des évanouissements qui duraient souvent trois quarts d'heure. Mme W, fut atteinte par la cessation à cinquante-six ans; elle en a maintenant cinquante-neuf. A la suite d'un transport cérébral pendant la dernière année, elle a été sujette à des douleurs aiguës au creux de l'estomac. Elle dort bien jusqu'à cinq heures du matin, alors surviennent des sensations épigastriques produisant l'effet de quelque chose qui tournerait dans l'estomac.

Viennent ensuite des palpitations. Elle n'éprouve pas de dyspepsie, mais elle est nerveuse, craintive, ne peut pleurer, et, comme le Juif-Errant — « elle est obligée de marcher ». Des emplâtres de belladone suffisent pour faire cesser en un mois les sensations épigastriques.

Phabe M, âgée de cinquante-six ans, a été beaucoup plus faible que d'habitude pendant les cinq dernières années, même depuis la cessation. Elle dit qu'elle ressent des « troubles hystériques intérieurs » et des « bouffées de faiblesse ». Je ne découvre pas de pulsation aortique; mais elle accuse des battements violents dans l'abdomen qui causent deux ou trois selles liquides avec du sang provenant des intestins ou bien d'hémorrhoïdes. Parfois elle perd la vue et ne peut dormir. Les vapeurs sont précédées de chaleur, de douleur ou de faiblesse à la région de l'épigastre, la malade décrit ce qu'elle éprouve comme « une boule de feu » ou « une douleur rongeante »; elle peut être soulagée en se mettant promptement dans une position favorable pour qu'une pression soit exercée sur l'estomac. Quiconque a vu des personnes atteintes de coliques de plomb reconnaîtra les mêmes symptômes.

Beaucoup de malades, affectées de même, se plaignent d'avoir la région épigastrique « bouillante »; et de ce que toute émotion rend l'estomac « vibrant »; d'où résulte une grande faiblesse. Le Docteur Brown, de Newcastle, a rencontré un cas de folie causée par l'émotion, où la malade se plaignait d'avoir un éclair brillant

dans l'épigastre ; trois autres se lamentaient de ce que la nuit y régnait.

Dans les observations suivantes, la difficulté de respirer par suite d'une contraction reflexe spasmodique du diaphragme et des muscles intercostaux était un symptôme prédominant. Voici un cas publié par le docteur Marrotte (*Gazette des Hôpitaux*, 1854), sous le titre de *Spasme simultané de la glotte et du diaphragme*.

Observation vingtième. — *Gangliopathie et asthme hystérique.* — Une femme, âgée de quarante-quatre ans, entra à l'Hôpital de la Pitié. Elle avait été menstruée à dix-sept ans, avec dérangement dans sa santé, et à vingt-trois ans elle éprouva de fréquentes irrégularités ; elle devint nerveuse, elle eut des sensations douloureuses à l'épigastre, elle ressentit la boule hystérique et des contractions spasmodiques du diaphragme si prolongées que ses amis redoutaient l'asphyxie. Dans ces attaques qui se renouvelaient trois ou quatre fois par semaine, elle entendait ce qui se disait, mais ne pouvait répondre. La cessation arriva à quarante-deux ans ; la nervosité augmenta, car elle riait et pleurait pour la moindre chose. Le jour où la malade entra à l'hôpital, le médecin ordinaire la vit dans une de ces attaques. La douleur au creux de l'estomac et une sensation d'étranglement à la base de la poitrine se faisaient d'abord sentir ; puis la respiration était interrompue ; ensuite, venaient de grands efforts pour inspirer et aspirer, séparés par des intervalles variables, et accompagnés d'un sifflement dans le larynx. Le bruit était plus fort pendant l'inspiration qui était marquée par une dilatation exagérée de la poitrine, et par de grands efforts pour avaler un bol imaginaire. Il survint quelques-unes de ces attaques, durant de une demi-minute à trois minutes ; elles furent suivies de douleurs au creux de l'estomac, d'évanouissements et d'épuisement. Elles semblaient céder à une pression exercée sur les nerfs pneumogastriques à l'extrémité inférieure du cartilage thyroïdien.

Bien que l'observation qui va suivre ne présente pas de symptômes ganglionnaires, elle ressemble beaucoup à la précédente.

OBSERVATION VINGT-ET-UNIÈME. — *Asthme hystérique.* — Mlle O., grande, forte, de tempérament sanguin, âgée de cinquante-sept ans ; réglée à treize jusqu'à cinquante ans, époque où le flux menstruel cessa graduellement. Jusque-là elle n'avait eu aucune maladie sérieuse, ni aucun symptôme hystérique marqué, bien qu'elle fût toujours très-susceptible. Avant la cessation elle eut un zona, un érysipèle peu après, mais sauf quelques vapeurs et transpirations elle se porta bien pendant deux ans. Il y a cinq ans, atteinte d'une affection nerveuse, sans cause connue, elle vint me consulter. Sans avoir des nausées, elle les simule ; elle fait des efforts pour respirer, mais elle en a conscience ; elle ne ressent pas de douleurs positivement, mais elle est anxieuse, dans la crainte de ne pouvoir respirer suffisamment. L'attaque dure de trois à dix minutes ; elle est souvent précédée pendant plusieurs jours d'une affection spasmodique des mâchoires, « comme si elle ne pouvait parvenir à mettre ses dents à leur place. » Une douleur névralgique subite à la nuque et des sueurs profuses les précèdent immédiatement ; elle demeure dans un tel état d'épuisement qu'elle a dû souvent garder le lit pendant plusieurs jours. Ces attaques venaient ordinairement à de courts intervalles, mais, en dernier lieu, elles se sont éloignées. La fatigue lui en donna une, il y a un mois. Elle n'a de douleur épigastrique ni pendant l'attaque, ni à d'autres moments. Pendant les trois dernières années, les envies d'uriner ont été fréquentes, et l'urine laissait un sédiment rougeâtre. Elle n'a pas de leucorrhée, mais, pendant deux ans, elle s'est trouvée fréquemment très-dérangée par une grande irritation aux parties sexuelles. De gros boutons surgissent et disparaissent peu de jours après sans suppurer ; quelquefois, ils se terminent par une exfoliation ; elle a, de temps à autre, souffert d'hémorrhoïdes. Mlle O. est évidemment très-nerveuse, et quoique paraissant forte, elle est très-faible ; comme ces attaques sont de moins en moins fréquentes, un traitement actif est inutile. J'ai recommandé de prendre la préparation camphrée, par intervalles, pendant plusieurs mois ; vingt gouttes de liqueur de potasse dans un peu d'eau, après les repas ; la poudre de soufre et de borax, le soir. Je conseillai aussi les bains chauds, particu-

lièrement contre l'irritation des organes génitaux ; de plus, le fer et le sulfate de quinine. Cette malade jouissait d'une si bonne santé depuis la cessation que j'attribue ses attaques nerveuses, l'érysipèle, l'irritation des parties génitales, aux modifications organiques produites par l'âge critique. Quelques années plus tard, J'appris que Mlle O. n'avait plus éprouvé que de légers retours de ces symptômes.

Voisin rapporte aussi qu'un cas d'hémiplégie hystérique était souvent accompagné de prodigieux efforts instinctifs pour respirer, avec émission d'un singulier bruit produit par la glotte. Le docteur Marotte considère ce cas comme analogue au *laryngismus stridulus* des enfants ; mais quand le sujet fut discuté à la *Société de chirurgie de Paris*, le docteur Beau fit observer judicieusement que les deux affections ne présentaient pas d'analogie. Dans mon livre « *De l'inflammation de l'utérus et des ovaires,* » page 84, j'ai cité le cas d'une dame âgée de trente-trois ans que j'ai vue souvent souffrir de semblables attaques ; il n'y avait pas de spasme du larynx, mais absence de tous mouvements respiratoires pendant cinq ou six minutes ; elle restait immobile la bouche ouverte. La diminution graduelle de la contraction spasmodique du diaphragme pouvait être mesurée par la longueur de la respiration ; une aspiration complète ramenait entièrement le sentiment. M. B. Brodia mentionne une jeuue femme chez laquelle la plus légère pression sur la région épigastrique produisait un paroxysme de suffocation, par la contraction spasmodique des parois de la poitrine. A un degré moindre, ces symptômes se retrouvent dans une attaque hystérique ordinaire ; ils peuvent exister sous une forme plus grave chez les femmes qui en souffrent peu, et qui même ne présentent aucun signe d'emphysème ni de maladies du cœur ou des poumons. Les dix autres cas que j'ai observés, à l'âge critique, n'étaient pas aussi caractérisés que celui de Mlle O. ; ceux qu'a décrits le docteur Marotte ne sont pas considérés comme rares par le docteur Beau, qui a vu une femme tomber atteinte de suffocation et mourir en deux minutes, sans cause admissible. M. Bacchias, dans sa thèse, a cité quelques cas semblables.

Après avoir décrit les formes les plus bénignes comme les plus graves de la gangliopathie, après y avoir ajouté des exemples, dans lesquels le symptôme dominant est une douleur ou du moins une sensation défiant la description, et compliquée de diverses névralgies réflexes, il est bon de rechercher les opinions des pathologistes qui ont décrit les formes graves de la maladie des centres ganglionnaires.

Hippocrate a signalé les douleurs épigastriques accompagnées d'angoisse, comme se manifestant lors de la puberté. J. Hoffmann en décrivant la cardialgie, insiste sur la douleur intense au creux de l'estomac, la sensation d'anxiété, la difficulté de respirer et la prostration des forces ; il pense avec Barras que l'estomac est seul affecté. Schmidtman a quelques cas analogues aux miens, par exemple, celui d'une fille de seize ans qui souffrit au creux de l'estomac, pendant quelques jours chaque mois, avant d'être menstruée. Barras a adopté, à tort suivant moi, le terme de *gastralgie* pour désigner les phénomènes qui se manifestent pendant la chlorose, la grossesse ou la lactation ; il remarque qne ses malades rapportaient au creux de l'estomac les sensations de faiblesse et d'épuisement qui les fatiguaient. Joly et Georget décrivent aussi les mêmes symptômes sous le nom de gastralgie, et ils ont remarqué leur fréquence chez les femmes pendant la période reproductive, ou lorsque le symptôme réagit vivement sur les organes de la reproduction. Lomyer Villermay cite des observations dans lesquelles l'hystérie est accompagnée de douleurs épigastriques intenses, d'épuisement, de syncope ou de suffocation.

Le docteur Addison n'a pas exagéré la fréquence de la gangliopathie dans les affections utérines. Hufeland et Chambon disent qu'à l'âge critique, les femmes sont sujettes à la suffocation et aux spasmes épigastriques. Dusourd dans ses remarques sur ces mêmes phénomènes, dit *qu'ils simulent l'asthme*, et il ajoute que *les sensations et les affections que les femmes éprouvent au creux de l estomac, à l'âge critique, défient la description.*

Le Docteur Shearman, dans le *Médical Times*, du 20 septembre 1856, après s'être déclaré convaincu du fait déjà établi par

Romberg, que la névralgie du nerf vague est indiquée par l'apparition d'un grand appétit chez des malades qui ne pouvaient prendre auparavant qu'une très petite quantité de nourriture, rapprochant ce fait de la découverte de Claude Bernard, que l'irritation de la racine du nerf vague cause la formation du sucre dans le foie, d'où il est extrait par les reins et porté dans l'urine; le docteur Shearman a conclu que « la maladie était spéciale au nerf vague, soit dans sa partie centrale, soit dans sa périphérie, soit dans une partie intermédiaire ; qu'elle était une irritation dans sa première période, et que la paralysie succédait à cette irritation. » Il la désigna comme *dyspepsie latente*, et la traita comme il aurait fait de la névrose de tout autre nerf centripète. Si je ne me trompe, le docteur Shearman a exagéré la fréquence de la névrose du nerf vague, et a décrit comme telles ces affections des ganglions et du plexus cœliaque que j'ai précisément décrites et qui sont plus ou moins compliquées par la névralgie reflexe du nerf vague. Le nerf vague est un pont par lequel les portions centrales de deux systèmes nerveux sont mises en communication ; il leur ressemble à tous les deux, mais particulièrement au sympathique, par son organisation et ses modes de distribution.

Ce n'est pas un nerf bien isolé, puisque souvent il s'anastomose avec le sympathique, et contribue à former le plexus cœliaque par des nerfs qui sont nombreux et volumineux. Cette réunion anatomique me fait croire que les affections du nerf vague et des ganglions épigastriques coïncident généralement.

Causes de la gangliopathie. — Le système nerveux ganglionnaire, particulièrement son centre épigastrique, peut être influencé dans un sens morbide, 1° par concussion ; 2° par un choc moral ; 3° par la chaleur ; 4° par le froid ; 5° par les poisons.

1° Un coup au creux de l'estomac ne peut tuer par inflammation, mais par un choc si soudainement intense que les lois du pugilat défendent de « frapper sous la ceinture ». Le coup peut être calculé de façon à déterminer des traces correspondantes de névralgie et de lypothymie. Le recul d'un pistolet, au creux de l'estomac d'un garçon de treize ans, le fit tomber évanoui et rester

sans connaissance pendant plusieurs minutes, fit vider l'estomac et le rectum, rendit l'action du cœur très-faible et le pouls de l'artère radiale imperceptible pendant un quart d heure. Le vomissement est dû en partie à la concussion plus ou moins intense des ganglions épigastriques, ce qui explique l'extrême débilité qu'il cause, et les morts relativement communes qui arrivent lorsque, à bord d'un navire, il ne peut être arrêté.

2° Une grande émotion subite et accablante peut agir comme un coup sur le centre ganglionnaire, y fixer une action morbide qui durera vingt ans, comme dans la dernière observation du chapitre qui suit celui-ci, ou moins longtemps, comme chez une malade du dispensaire, âgée de quarante-sept ans, qui allait cesser d'être menstruée ; elle était en bonne santé lorsque son fils rentra malade à la maison ; la fatigue des travaux du ménage et la crainte de voir son fils se suicider lui causèrent une telle émotion, qu'elle fut saisie à l'instant de grandes douleurs épigastriques et d'une commotion terrible dans l'abdomen ; elle se vit obligée de s'arrêter sur-le-champ en tenant son ventre à deux mains. Ce symptôme la fatiguait beaucoup pendant la nuit et s'aggravait par la fatigue ou l'inquiétude. Une perte survint, et la malade se remit graduellement.

J'ai vu des cas où les rapports sexuels agissaient comme un poison énervant sur le système nerveux ganglionnaire, causant une douleur épigastrique intense, la perte de connaissance, et une grande prostration qui durait pendant deux ou trois jours. Ce fait ne pouvait s'expliquer que par l'absence du plaisir dans l'accomplissement des rapports sexuels. Les plus énergiques et les plus fréquentes des causes de troubles dans les centres ganglionnaires sont les fortes réactions des organes de la génération : la puberté, la menstruation, la grossesse, la lactation et la cessation motivent toujours au moins les formes bénignes de la gangliopathie, parfois les plus terribles, et peuvent déterminer la folie et le suicide. La femme souffre plus que l'homme, car son *système* nerveux ganglionnaire est à la fois chargé de sa propre *pre nutrition* et de celle de ses enfants ; si elle est susceptible d'être si souvent « mise en pièces » et d'être ensuite solidement

rétablie, c'est parce que son système nerveux ganglionnaire a été doué d'une puissance extraordinaire pour le bien et pour le mal ; mais l'homme n'est pas exempt de maux, et je puis confirmer le témoignage de Schmidtman, qui s'est si attentivement occupé des affections nerveuses, lorsqu'il dit : « chaque fois qu'un jeune homme me consulte pour une cardialgie, je soupçonne l'onanisme. »

La gangliopathie, sous des formes variées, est fréquemment observée dans la spermatorrhée, et explique comment un grand nombre de malades se sont suicidés, et beaucoup sont devenus hypochondriaques. Le *débauché* et le *roué* manquent fréquemment d'expressions pour décrire le trouble que leur causent les souffrances qu'ils ressentent au creux de l'estomac. Ces sensations chez les femmes à l'âge critique peuvent être les avant-coureurs d'autres sensations qui les obscurcissent, telles que les vapeurs, les transpirations, la diarrhée, les selles sanguinolentes et les symptômes hystériques.

3° Le Docteur Morehead a remarqué l'importance de ce que j'appelle la paralysie ganglionnaire dans ce qu'il décrit comme une variété cardialgique du coup-de-soleil. Donon rapporte que, en traversant les plaines brûlantes de la Haute-Egypte, pendant la partie la plus chaude du jour, quelques hommes moururent de chaleur. « Rien, dit-il, ne peut être plus effrayant que cette mort. Une nausée intense survient, puis l'épuisement, une faiblesse que rien ne peut soulager, et là mort arrive bientôt. » Un chirurgien français, décrivant les effets du sirocco sur des soldats allant d'Oran à Tlemcen, parle d'une sorte d'incube pesant sur la région épigastrique, de débilité aboutissant pour le moins à la syncope, de bouffées ardentes au visage et de violentes céphalalgies. De semblables phénomènes, seulement moins intenses, peuvent se produire en demeurant trop longtemps dans des bains turcs trop chauffés, comme je l'ai éprouvé moi-même à Damas.

4° — Le Docteur H. Jones a appelé l'attention sur l'influence paralysante d'un froid sec et vif, et sur la manière dont il étreint le creux de l'estomac, effets que détruisent l'eau-de-vie et un vêtement chaud appliqué à l'épigastre.

5° — Les poisons paralysent le système nerveux ganglionnaire de diverses manières. A. Trop de nourriture ou la nourriture restant non digérée dans l'estomac causent souvent bien des troubles ganglionnaires caractéristiques du cauchemar et amènent parfois la mort chez les vieillards, comme l'a pensé M. Higginbotham. B. Il existe une grande similitude entre quelques-uns de mes cas de gangliopathie et l'empoisonnement par le plomb, la souffrance spéciale ressentie au creux de l'estomac est la même et les malades éprouvent le même besoin instinctif de soulagement par la pression opérée sur cette partie du corps.

(*A suivre*).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 26 janvier. — Présidence de M. Duval.

PSEUDO-HERMAPHRODISME PAR ARRÊT DE DÉVELOPPEMENT DES ORGANES GÉNITAUX.

M. Pozzi.— Je désire présenter à la Société un exemple curieux de prétendu hermaphrodisme qui n'est autre chose qu'un arrêt de développement des organes génitaux.

Il s'agit d'un homme de vingt-sept ans, qui a été inscrit sur les registres de l'état civil comme appartenant au sexe féminin et qui porte encore aujourd'hui des habits de femme.

Voici en quelques mots la description des organes génitaux de ce sujet : la verge est petite et courte, le gland est imperforé — de la partie inférieure de cet organe part une bride creusée d'un sillon sur sa partie médiane — les deux lèvres de ce sillon simulent des petites lèvres. A l'extrémité postérieure du sillon se trouve l'orifice de l'urèthre, en arrière duquel les deux lèvres de la bride se rejoignent et s'entrecroisent pour se réunir de nouveau, après avoir circonscrit un petit orifice situé en arrière du précédent, de telle sorte que cette région prend l'aspect d'une

petite membrane hymen. Si on introduit une sonde par ce petit orifice, on tombe immédiatement dans un cul-de-sac.

De chaque côté de la bride que je viens de signaler, se trouve un gros repli cutané qui ressemble assez grossièrement à une grande lèvre. Ces replis sont formés par le scrotum incomplètement développé et bifide. Ils contiennent à leur extrémité supérieure un petit corps glandulaire qui n'est autre chose que le testicule.

Le toucher rectal ne donne pas de renseigments assez précis pour pouvoir affirmer l'existence d'une prostate. Le sperme examiné jusqu'ici ne contenait pas de spermatozoïdes : il est probable que l'éjaculation a lieu par le canal de l'urèthre, mais je n'affirme rien à cet égard.

L'habitus extérieur du sujet rappelle plutôt celui d'un homme, quoique le système pileux ne présente pas un très grand développement.

L'intérêt de cette variété d'hypospadias réside dans l'existence de la bride qui se reconstitue en arrière du meat urinaire et prend l'aspect d'une petite membrane hymen. Comme cette bride rend les érections douloureuses et s'oppose au coït, je me propose de la sectionner prochainement.

(*La Semaine médicale*).

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU VI^e ARRONDISSEMENT.

Séance du 26 *novembre* 1883. — *Présidence de* M. MUSELIER.

M. *Porack* donne la suite de l'observation d'un kyste du vagin, dont il a parlé à l'une des dernières séances. La malade est rentrée deux fois dans le service de M. Siredey, à Lariboisière. Le kyste s'était enflammé, il s'était formé un abcès. M. Benjamin Anger en fit l'incision, qui laissa écouler du pus. La malade sortit sans avoir été opérée et rentra avec un phlegmon de la grande lèvre. On fit de nouvelles incisions qui donnèrent issue à une membrane avérée et constatée de kyste hydatique. Le fait est très rare ; il n'y a pas treize cas avérés et constatés comme tels ; il y a eu des fibromes, des sarcomes, des ostéosarcomes, des ostéostéatomes, mais il n'y a eu que peu de kystes. Les différents cas d'échinocoques du vagin ne se présentent

pas avec les caractères observés par M. Porack. Le diagnostic peut et doit être fait. On ne peut confondre ces kystes du vagin avec des ostéosarcomes ; on ne pourrait les confondre qu'avec des kystes simples ou des thrombus ; mais les kystes simples n'existent pas dans le vagin ; il faudrait donc toujours faire la ponction, que M. Porack n'a pas faite, puisqu'il croyait à un thrombus.

M. *Berger* n'a observé qu'un kyste du vagin latéral, qu'il ne pense pas avoir été un kyste hydatique. M. Berger pense qu'il peut y avoir des kystes glandulaires.

M. *Porack* dit que les kystes glandulaires sont niés par beaucoup d'anatomistes, qui nient l'existence de glandes dans le vagin.

M. *Moutard-Martin* pense que les kystes du vagin peuvent se présenter sous les mêmes caractères que les kystes hydatiques, et que le seul moyen de les distinguer est d'en faire la ponction.

(*La France Médicale*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE.

DE BORDEAUX

Séance du 18 *janvier* 1884. — *Présidence de* M. Lugeol, *Président*.

M. *Venot* observe depuis quelque temps un cas intéressant de menstruation précoce sur lequel il appelle l'attention de ses collègues.

Au mois d'août dernier, il a été consulté pour une petite fille, âgée de quatre ans, qui présentait des pertes blanches abondantes ; en même temps, un oncle de cette enfant, habitant la même maison, était atteint d'une blennorrhagie et on craignait qu'il n'y eût eu contagion indirecte et accidentelle. L'enfant avait, en effet, des pertes blanches assez abondantes, mais sans trace de vulvite ; on ne pouvait pas non plus accuser des habitudes vicieuses. Un traitement simple fit cesser facilement l'écoulement leucorrhéique. Au bout de quelques jours, au mois de septembre, la mère revint dire à notre confrère qu'un écoulement s'était reproduit chez l'enfant, mais, cette fois, le liquide

était du sang. En effet, l'existence d'une hémorrhagie par les parties génitales put être constatée durant deux jours,

Le 8 octobre, le 10 novembre, le 6 décembre et enfin le 8 janvier courant, le même fait s'est produit. C'est donc bien une hémorrhagie offrant les caractères d'une menstruation précoce. La santé générale est d'ailleurs parfaite.

Les observations de ce genre ne sont pas excessivement rares, et ordinairement, dans les faits publiés, on a constaté, avec l'existence de l'hémorrhagie, un développement prématuré des organes génitaux et des mamelles. Chez la petite fille observée par M. Venot, il n'y a rien de semblable.

Les renseignements recherchés, au point de vue de la menstruation, chez la mère et chez les tantes de l'enfant, n'offrent rien de particulier à signaler. La mère a été réglée à dix-sept ans.

M. L. Hirigoyen demande à M. Venot s'il sait dans quel pays est née l'enfant qu'il a observée.

M. Venot. Elle est née à Bordeaux, ses parents sont originaires des environs de la ville.

M. L. Hirigoyen. J'ai vu, cette année, à la clinique obstétricale, un fait à rapprocher de celui qui vient de nous être raconté. C'est celui d'une petite fille qui a présenté un écoulement sanguin par la vulve pendant les premiers jours qui ont suivi sa naissance. On a expliqué ces phénomènes par une excitation particulière des organes génitaux, même dans les premiers temps de la vie, excitation qui porte quelquefois aussi sur la glande mammaire des enfants et même chez ceux du sexe masculin.

(*Journal de Médecine de Bordeaux*).

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES.

Séance du 9 Janvier. — Présidence de M. le Dr Laennec directeur de l'école de Médecine.

KYSTE UNILOCULAIRE, PROLIGÈRE, DE L'OVAIRE CHEZ UNE FEMME DE 62 ANS. — OVARIOTOMIE. — GUÉRISON.

M. Guillemet présente un kyste de l'ovaire, qu'il a enlevé la veille à une femme de 62 ans. Mariée à 47 ans, sans enfants, cette femme a été réglée à 16 ans, faiblement mais régulièrement ; à

partir de l'âge de 30 ans, les règles sont devenues beaucoup plus abondantes et n'ont cessé que fort tard; depuis cette époque, elle n'a pas eu de pertes. — C'est au mois de juillet dernier qu'elle s'aperçut que son ventre augmentait de volume, du côté gauche surtout. Elle consulta à ce sujet M. le Dr Barthélemy, l'abdomen avait alors les dimensions de celui d'une femme enceinte de cinq mois. — Au mois de décembre, les dimensions du ventre étaient déjà de 0 m., 96 cent. de circonférence au niveau de l'ombilic et de 0,98 à 10 centimètres au-dessous. C'est à cette époque que M. Guillemet la vit : la respiration était alors très pénible, le séjour au lit impossible, la constipation opiniâtre, l'urine rare et chargée, il y avait un œdème considérable des membres inférieurs remontant jusqu'à la base de la poitrine ; les fausses côtes étaient soulevées. Une ponction amena l'issue de 8 litres 1/2 d'un liquide clair, vert bouteille et mousseux. Le soulagement, qui en résulta pour la malade, ne fut pas de longue durée. Quinze jours plus tard, le 5 janvier dernier, le ventre avait acquis un volume plus considérable que lors de la ponction, et devant l'aggravation de tous les troubles fonctionnels, devant les menaces continuelles de suffocation, M. Guillemet se décida à pratiquer l'ovariotomie, qui fut faite trois jours plus tard. — L'opération fut très simple : la ponction de la poche donna issue à 12 litres environ d'un liquide ayant l'aspect de chocolat. Les adhérences celluleuses qui existaient sur les faces antérieures et latérales de la poche furent facilement détruites avec le doigt. Le pédicule mince, et constitué par la trompe et le ligament utéro-ovarien du côté gauche, fut lié avec un catgut n° 4 et abandonné dans l'abdomen.

Ce kyste est uniloculaire et présente toutes les apparences extérieures d'un kyste simple; sa membrane interne est couverte de bourgeons charnus, dont les dimensions varient de celles d'un grain de millet à celui du poing, et qui sont, à première vue, du plus mauvais aspect. Mais l'examen histologique, pratiqué par M. le docteur Albert Malherbe, montre que l'on n'a affaire qu'à une tumeur bénigne. Ces végétations offrent en effet le type parfait de l'adénome végétant, tel qu'il existe dans les parois des *kystes proligères*, et tel qu'il se trouve décrit dans Cornil et Ranvier (t. 1, fig. 161, p. 310) : c'est-à-dire des bourgeons et des papilles ramifiées, tapissés d'une couche de cellules épithéliales et

limitant des espaces sinueux. Le pronostic qu'il est permis de porter est donc favorable.

M. Laennec demande s'il existait une communication entre la poche kystique et la cavité utérine ayant donné lieu à des pertes de liquide, comme il a eu occasion d'en observer.

M. Heurtaux pense qu'il ne faut pas toujours se fier au dire des malades au sujet de ces pertes de liquide, et du reste, le liquide peut être un produit de sécrétion de la muqueuse utérine sans provenir de la poche du kyste, comme cela existait chez une malade qui avait perdu, à plusieurs reprises, environ un litre de liquide sans qu'il existât de communication entre le kyste de l'ovaire et l'utérus, ainsi qu'un examen ultérieur vint le démontrer. Il y a environ 20 ou 25 ans, Magnus Hüss a décrit, il est vrai, sous le nom de kystes périodiques, des tumeurs qui s'affaissaient après l'issue d'une certaine quantité de liquide pour reparaître plus tard. M. Heurtaux dit avoir observé un cas de ce genre. Les kystes dont il s'agit seraient des kystes tubo-ovariens dont la rupture serait due à des contractions de la trompe.

HERNIE DE LA MUQUEUSE URÉTHRALE A TRAVERS LE MÉAT URINAIRE CONSÉCUTIVE A L'ACCOUCHEMENT.

M. Guillemet regrette de n'avoir pu apporter à la Société anatomique une singulière petite tumeur qu'il eut récemment occasion d'enlever à une femme accouchée depuis un mois. Cette femme portait, herniée à travers le méat qui l'étranglait, une petite tumeur du volume d'une amande moyenne, violacée, tendue et en partie sphacelée. Au sommet de cette tumeur, un peu plus en arrière cependant, se voyait un pertuis, en forme de méat, par lequel il fut possible, non sans douleur, d'introduire une sonde dans la vessie. Douze jours après son accouchement, cette femme avait commencé à ressentir, en urinant, une douleur vive au niveau du méat, puis elle s'était aperçue de l'existence de cette tumeur, qui, depuis ce moment, avait toujours eu de la tendance à s'accroître. On ne pouvait penser ni à un sarcome ni à un polype de l'urèthre. M. Guillemet diagnostiqua une procidence de la muqueuse uréthrale à travers le méat urinaire, consécutive soit aux efforts de l'accouchement, soit aux efforts de la miction dans le decubitus dorsal. Pour enlever cette tumeur, M. Guille-

met introduisit une sonde dans la vessie par le pertuis susmentionné, et fit, sur la sonde, la ligature de la tumeur au niveau du méat, avec un fil de soie phéniqué. Celle-ci se ratatina aussitôt et tomba par morceaux dans les jours qui suivirent. Le méat se trouva reconstitué.

Le fait mérite d'être noté. Le prolapsus de la muqueuse uréthrale est en effet un accident fort rare. Nous croyons utile, à ce propos, de rappeler ici un fait analogue récemment publié par le Dr Olivarius, d'Holbach, dans la *Revue Médicale française et étrangère*. La malade était une jeune fille de neuf ans qui, depuis une dizaine de jours, tachait son linge et se plaignait de violentes coliques. La tumeur qui faisait saillie entre les grandes lèvres était arrondie, cylindrique, rouge et ulcérée à sa partie antérieure comme celle de la malade du Dr Guillemet. Elle mesurait environ 3 cent. de long sur 2 de large. Elle siégeait à l'orifice de l'urèthre et était recouverte d'une matière sanguinolente et fétide. Avec un cathéter il fut facile de trouver l'orifice et de pénétrer dans la vessie. Le traitement consista à lier la base de la tumeur sur la sonde et à couper en avant de la ligature. En six jours, la malade fut guérie.

(*Gazette médicale de Nantes*).

REVUE DE LA PRESSE

—

INTRODUCTION D'UN POT A POMMADE DANS LE VAGIN. PERFORATION DE LA CLOISON VÉSICO-VAGINALE. FORMATION D'UN VOLUMINEUX CALCUL DE PHOSPHATE DE CHAUX A L'INTÉRIEUR ET AU POURTOUR DU CORPS ÉTRANGER. ABLATION APRÈS UN SÉJOUR DE PLUS DE QUATRE ANS. OPÉRATION DE LA FISTULE VÉSICO-VAGINALE. GUÉRISON.

Dans le numéro du 17 septembre dernier, la *Gazette des hôpitaux* rapportait un fait d'extraction d'un pot à pommade introduit dans le rectum, opérée par M. Pollosson, chirurgien-major désigné de l'Hôtel-Dieu, de Lyon. M. le docteur Aubeau nous communique, à cette occasion, la relation d'un fait analogue, qui peut, jusqu'à un certain point, lui servir de pendant, en même temps qu'il vient grossir la liste

déjà trop longue et quelque peu humiliante pour l'humanité, des cas de corps étrangers divers introduits et égarés dans les voies naturelles. Ce dernier fait est d'un intérêt tout spécial par les conditions de gravité et de difficultés opératoires toutes particulières qu'il a présentées. Nous laissons parler notre confrère M. Aubeau.

« Le 28 novembre 1879, je vis, avec M. le docteur Lefebvre (d'Aulnay-lès-Bondy), une fille du village de X..., qui portait un corps étranger dans le vagin.

Elle avait alors vingt ans, mais paraissait plus jeune que son âge ; petite, chétive, arrivée au dernier degré de l'anémie et de l'émaciation, elle était, en outre, atteinte d'un nervosisme extrême, occasionné non seulement par son état de faiblesse et de souffrance, mais aussi par la réprobation générale dont elle était l'objet.

Mon confrère avait obtenu d'elle les renseignements suivants :

Adonnée dès l'enfance à des pratiques honteuses, elle s'était un jour introduit dans le vagin, — elle avait alors quinze ans et demi, — un pot à pommade, pendant qu'une autre fille du même âge effectuait des manœuvres analogues avec une chandelle.

La chandelle fut enlevée sans difficultés, il n'en fut pas de même du pot à pommade. Après qu'il eut franchi, en entier, l'orifice vulvaire, il fut impossible de le ramener au dehors. La malade garda le secret sur cet évènement, jusqu'au jour où des troubles fonctionnels graves : catarrhe vaginal, suppression des règles, constipation opiniâtre, ténesme rectal et vésical, l'obligèrent à faire sa confession.

Ce fut seulement deux ans et demi plus tard qu'un médecin fit, pour la première fois, des tentatives d'extraction ; tentatives qui n'aboutirent d'ailleurs qu'à briser quelques fragments des bords du pot.

D'autres manœuvres répétées ultérieurement, pendant l'anesthésie, eurent un résultat déplorable. A la suite de l'opération, la malade eut une légère hémorragie, éprouva des douleurs persistantes, et, chose plus grave, à partir de ce moment perdit la totalité de ses urines par la vulve.

Il y avait quatre ans et demi que le corps étranger séjournait dans le vagin quand nous vîmes la malade. Elle nous apprit que le pot à pommade était de petite dimension, que sa forme était cylindro-conique et qu'il avait été introduit par son fond, représentant la partie la plus étroite.

Nous reproduisons telles quelles les notes que nous prîmes à ce moment : « Odeur urineuse très accusée en approchant de la malade

organes génitaux externes flétris et comme atrophiés, pubis presque glabre, grandes et petites lèvres peu développées : érythème péri-anal et vulvaire.

« Par l'orifice de la vulve légèrement entr'ouvert, même lorsque les cuisses sont rapprochées, s'écoule continuellement un liquide qui offre tous les caractères de l'urine chargée de mucus.

« En écartant les grandes lèvres, on voit que l'hymen est en partie conservé, la muqueuse vulvo-vaginale est rouge, vasculaire, enflammée ; au voisinage de la fourchette érosion due à la macération de l'épithélium.

« Par le toucher vaginal, on sent, à la hauteur d'une phalange, un corps étranger dont la partie accessible est conoïde et comparable à la petite extrémité d'une poire. Ce corps est dur, solide, un peu rugueux et donne la sensation des calculs vésicaux phosphatiques. Lorsqu'on essaie de le contourner, on reconnaît qu'il se renfle, en arrière du pubis et des ischions, devient sphéroïdal et s'enclave dans la cavité du petit bassin en refoulant le rectum en arrière et la vessie en avant. Le toucher rectal, combiné avec le cathétérisme de la vessie et le palper hypogastrique, confirme ces données. Il est impossible de déplacer ce corps étranger dans un sens quelconque.

« En résumé, le vagin est comblé par une masse calcaire immobile offrant le volume et la forme d'une poire duchesse de moyenne dimension.

« En aucun point on ne sent la surface lisse et polie du verre ; le vase qui a été introduit, il y a quatre ans et demi, est évidemment devenu le noyau d'une sorte de calcul vaginal énorme.

« En cherchant à nous renseigner plus complètement sur la consistance de cette masse et sur la possibilité de son extraction, nous reconnaissons qu'elle se laisse rayer et même désagréger par l'ongle ; sa friabilité est un peu moindre que celle du plâtre. »

Cette découverte nous engagea à pratiquer, séance tenante, l'extraction du corps étranger, par voie de morcellement. Malheureusement, nous étions dans un village écarté, et nous ne possédions comme arsenal chirurgical que nos instruments de trousse et deux cautères actuels qui venaient de nous servir pour une précédente opération.

Le docteur Lefebvre avait en outre dans sa voiture une petite provision de chloroforme. Des pinces à pansement, des pinces hémostatiques, la spatule et l'un des cautères en forme de cuiller, nous permirent d'effectuer l'opération.

La malade anesthésiée fut placée sur le bord de son lit dans le décubitus dorsal, les jambes fléchies sur les cuisses, les cuisses écartées et maintenues fléchies sur le bassin par la mère et la sœur de la patiente.

Pendant que l'un de nous rétractait fortement les lèvres de la vulve l'autre commença à sculpter avec la spatule, au sein de la masse calcaire, une sorte de godet dont les bords furent ensuite fragmentés avec des pinces à pansement.

La dureté des dépôts, qui étaient réellement composés de phosphate de chaux, et les précautions qu'il fallait prendre pour ne pas faire de délabrements, rendaient le morcellement lent et pénible ; nous dûmes à plusieurs reprises, nous succéder dans ce travail de broiement. Au bout d'une demi-heure nous atteignîmes le pot à pommade. A mesure que nous le dégagions de sa gangue calcaire, nous appliquions sur ses bords une couronne de pinces hémostatiques, de façon à protéger la muqueuse contre les aspérités qui résultaient des précédentes tentatives d'extraction.

Bientôt nous pûmes le mobiliser, et pendant que l'un de nous protégeait les lèvres de la vulve tout en les écartant, l'autre, en exerçant des tractions sur les pinces hémostatiques, finit par l'amener au dehors.

C'était en effet un vase cylindro-conique, dont le fond mesurait 4 centimètres de diamètre, et dont l'orifice, en partie brisé, n'était guère plus grand ; il mesurait en hauteur 6 centimètres. Restait au fond du vagin une portion considérable de l'enveloppe calcaire ; mais, au lieu de se présenter comme un bloc plein, cette portion offrait, après l'énucléation du pot, la disposition d'un hémisphère creux : aussi la fragmentation et l'extraction en furent-elles relativement faciles.

L'opération avait duré une heure et quart.

Quand le vagin fut complètement débarrassé, ses parois surdistendues ne se rapprochèrent pas immédiatement ; nous pûmes l'explorer facilement dans toute sa surface et constater que l'utérus, refoulé très haut, paraissait sain, que la cloison recto-vaginale était intacte, et que la cloison vésico-vaginale offrait au niveau du col de la vessie une perforation du diamètre de l'auriculaire.

Les suites furent des plus simples.

Le docteur Lefebvre institua un régime tonique et prescrivit des injections astringentes.

Un mois plus tard, il fit l'avivement et la suture de la fistule-vésico-vaginale ; cette opération eut un plein succès.

Les règles, qui avaient cessé depuis l'introduction du pot à pommade, reprirent leur cours.

Quatre mois après l'ablation du corps étranger, la malade se mariait.

Il y a actuellement quatre ans que l'extraction a été faite, l'état général et local sont satisfaisants ; l'embonpoint tourne à l'obésité. La malade n'a pas encore d'enfants. »

(*Gazette des hôpitaux*).

SUR L'INCERTITUDE DU PRONOSTIC DE L'OVARIOTOMIE.

M. Polaillon. — Hôpital de la Pitié.

Lorsqu'on entreprend une amputation, une résection, une ablation de tumeur, une taille, une kélotomie, une autoplastie, etc., on connaît les difficultés qui se présenteront, on sait les vaisseaux qu'il faudra éviter ou lier, on apprécie exactement quelle sera la durée de la chloroformisation, quelles seront les chances de la guérison. Pour l'ovariotomie, il en est tout autrement. On nage dans l'imprévu. Cette belle opération peut être simple ou extrêmement compliquée. Elle peut durer un quart d'heure aussi bien que deux heures, et il est quelquefois impossible de la terminer. Tantôt bénigne, elle présente d'autres fois une excessive gravité.

Pourquoi de si grandes différences dans un acte opératoire qui a un but unique, celui d'extraire de la cavité péritonéale une tumeur développée dans l'ovaire ou dans son voisinage ?

Ces différences tiennent aux adhérences de la tumeur kystique et à la constitution de son pédicule.

Une tumeur récente, peu volumineuse, mobile dans la cavité abdominale, chez un sujet jeune, d'une bonne santé, et qui n'a pas eu de péritonite antérieure, est très probablement dépourvue d'adhérences. L'ovariotomie donne, dans ce cas, un succès presque certain. Mais il est rare qu'à cette période de la maladie, les patientes se fassent opérer. Elles attendent que le kyste soit très volumineux, qu'il ait été ponctionné une ou plusieurs fois, que le ventre soit devenu douloureux, que des péritonites partielles aient établi des adhérences avec les parois ou les viscères, que la santé se soit altérée ; en un mot,

elles ne se décident à l'ovariotomie que lorsque leur vie est prochainement menacée. Dans ces conditions, le succès est problématique. Il est surtout soumis, toutes choses étant égales d'ailleurs, à l'étendue et à la nature des adhérences. Or, il faut l'avouer, nous n'avons jusqu'à présent que des signes peu sûrs de reconnaître les adhérenees. Nous les soupçonnons, mais nous ne les diagnostiquons pas. Nous ne savons pas précisément si elles sont pariétales ou viscérales, si elles sont très étendues, si elles sont très vasculaires, si nous pourrons les détruire sans lésion des viscères. De là, malgré les progrès des procédés opératoires et la perfection de l'appareil instrumental, une grande incertitude sur le résultat de ces ovariotomies pratiquées pour des kystes anciens et volumineux.

Indépendamment des adhérences, il y a une autre cause qui complique singulièrement l'ovariotomie, c'est l'état du pédicule. Que le kyste soit petit ou volumineux, tantôt son pédicule est mince, plus ou moins facile à lier, tantôt, au contraire, le pédicule n'existe pas et la tumeur est sessile, M. Terrillon a récemment appelé l'attention (*Bull. de la Soc. de chir.*, 27 juin 1883) sur ces kystes sessiles, qu'il considère comme *enclavés dans le ligament large*. Il a montré la gravité de leur ablation et la possibilité d'une récidive. Mais il n'a pas donné les signes propres à les faire reconnaître. Or toute la question pratique est là. Il faudrait savoir diagnostiquer ces tumeurs sans pédicule, que j'appelle intra-ligamentaires, qui sont accolées à l'utérus et quelquefois à l'excavation pelvienne, parce qu'on s'abstiendrait le plus souvent de chercher à les enlever.

Ainsi l'incertitude du diagnostic touchant les adhérences et les qualités du pédicule engendre l'incertitude du pronostic touchant les difficultés et les dangers de l'ovariotomie.

(*Gazette des hôpitaux*).

DES INDICATIONS DE L'HYSTÉRECTOMIE.

Par Polk, professeur d'obstétrique, de gynécologie et de pathologie infantile à l'Université de New-York.

Etant donné que l'opération de Freund est une opération extrêmement grave, que l'on ne doit tenter qu'autant qu'il existe quelque espoir sérieux de sauver la malade ; étant admis d'autre part que ce résultat ne peut être obtenu que dans les cas où il n'y a pas d'infection ganglionnaire, et que cette infection est précoce, vu la richesse

en lympathiques de l'utérus et de ses annexes, et la connexion étroite de ces lymphatiques avec les ganglions pelviens; considérant enfin que l'absence d'induration dans le cul de-sac ne constitue pas une preuve de l'état d'intégrité des ganglions pelviens, il est important de considérer de près dans quels cas l'opération de l'hystérectomie est indiquée.

Dans le cancer du col utérin, si le cancer est exactement limité au col, et si l'état général et local donne lieu de croire qu'il n'y a aucun commencement d'infection de l'organisme, l'amputation du col, opération relativement inoffensive, facile à pratiquer, est parfaitement suffisante.

Le corps utérin est-il intéressé, on peut compter que les ganglions sont pris, et que par conséquent l'opération de Freund est absolument contre indiquée.

Pour le cancer primitif du corps utérin, son diagnostic est une question de temps. Dans les premiers stades, on le prend pour ces cas d'hypertrophie muqueuse dits granulations papillomateuses, qu'on traite comme tels par la curette. Si, dans ces cas, le diagnostic de cancer était porté avant qu'une hypertrophie du corps utérin fût constatable, peut-être faudrait-il regarder l'opération de Freund comme nettement indiquée, car l'envahissement des ganglions n'a lieu qu'après l'apparition de cette hypertrophie.

Mais outre que ces cas de cancer primitifs sont rares, leur diagnostic est loin d'être facile et l'opportunité de l'opération mal aisément déterminée.

C'est dans les cas de sarcome utérin que l'opération de Freund est le moins critiquable. Ici, en effet, l'infection ganglionnaire est tardive, la maladie reste localisée bien plus longtemps que pour le carcinome, et les patients succombent aussi souvent à la septicémie et à la pyohémie résultant de l'intervention de la curette qu'aux progrès inéluctables de la maladie.

Bon nombre de ces cas peuvent être diagnostiqués avant que les ganglions soient intéressés et avant même que l'hypertrophie utérine se soit généralisée; tout, par suite, indique et justifie l'opération et permet d'en espérer la guérison. Mais ces cas sont relativement rares. Il résulte de ceci que les indications de l'opération de Freund sont en somme fort limitées. (*The indications for hysterectomie*, par W. Pock, *New-York med. Journ.*, aug., 1883.)

(*L'Union médicale*).

VERSION CÉPHALIQUE PAR MANŒUVRES EXTERNES POUR UN CAS DE PRÉSENTATION TRANSVERSALE; TERMINAISON NATURELLE DE L'ACCOUCHEMENT

Par le docteur GODDYN, chef de clinique obstétricale à l'Université de Gand.

Au mois d'août dernier, l'épouse V..., habitant Ledeberg, vint me prier de vouloir l'assister dans son travail. Enceinte pour la quatrième fois, elle n'a pas encore eu d'enfant vivant. Tous ses accouchements antérieurs ont été laborieux et ont nécessité l'intervention de l'art. Son premier enfant fut extrait par le forceps après des efforts de traction longtemps soutenus. Les deux autres fois, trois hommes de l'art furent successivement appelés au secours de la sage-femme qui l'assistait. Au dire de ma cliente, des versions par manœuvres internes très pénibles furent faites et durant le cours de la dernière, plusieurs complications paraissent avoir surgi. La femme V.., présente une taille moyenne et offre tous les attributs du tempérament lymphatique ; la figure est bouffie, l'embonpoint est considérable. Les membres inférieurs ne présentent aucune trace de rachitisme. Ses premières règles ont paru à quinze ans.

En présence de commémoratifs aussi peu rassurants, j'essayai de faire comprendre à ma cliente que dans son intérêt et celui de son enfant, un examen interne et externe me paraissait indispensable avant le terme de la grossesse. Son mari refusa net. Intrigué, pour connaître les causes de dystocie chez cette femme, j'acceptai l'accouchement et j'attendis, non sans inquiétude, les événements. Le 31 août, vers six heures du matin, les premières douleurs apparurent. Prévenu aussitôt, je trouvai la parturiente en proie à une agitation extrême. Le souvenir des douleurs passées, qui allaient l'accabler de nouveau, la crainte du danger qui allait renaître, la perspective des manœuvres pénibles, auxquelles elle allait de nouveau peut-être devoir se soumettre, la mettaient dans un état voisin de la folie puerpérale au point qu'elle refusait toute assistance. J'eus toute la peine du monde à la calmer, et c'est après bien des pourparlers que je pus passer à l'examen obstétrical.

A l'inspection, le ventre est considérablement développé dans le sens transversal ; de nombreuses vergetures sillonnent la paroi abdominale, de plus il est en besace. La paroi abdominale est très lâche, dépourvue d'élasticité ; il y a écartement notable de la ligne blanche.

Par le palper, nous trouvons le segment inférieur de l'utérus et l'excavation vides. La tête du fœtus, reconnaissable à sa dureté et à sa mobilité, est logée dans la fosse iliaque gauche et le siège dans la fosse droite sur un plan plus élevé que la tête; le dos est en avant. Le maximum des bruits du cœur fœtal se rencontre au niveau du milieu de l'espace pubio-ombilical. Par le toucher, je perçois sur une grande étendue du vagin des battements artériels, le col est complètement effacé et dilaté, de la grandeur d'une pièce d'un franc ; ses lèvres sont épaisses, irrégulières, bosselées. Il est dirigé à gauche et en arrière. Aucune partie fœtale n'est accessible par le vagin ; la poche amniotique est intacte. Je diagnostique une présentation de l'épaule droite, variété dorso-antérieure. La conformation du bassin est normale, seulement une grande quantité de graisse double les parois de l'excavation et cette surcharge graisseuse diminue sensiblement les diamètres de la filière pelvienne.

Afin de soustraire la femme (dans la mesure du possible) à une opération dont antérieurement déjà elle avait fait la triste épreuve, je me décidai à pratiquer la version céphalique par manœuvres externes. J'arrivais pour ainsi dire au moment d'élection pour la pratiquer. Le travail était au début, les contractions peu intenses et suffisamment espacées, la mobilité du fœtus assurée grâce à l'intégrité de l'amnios. J'employai le procédé décrit par M. Hubert.

La femme fut placée sur son lit, un peu rapprochée du bord droit ; je lui commandai de fléchir les cuisses sur le bassin. Ne voulant pas effrayer la parturiente et sa famille, je persuadai à la femme et à son entourage que la position donnée était dans le but de faciliter l'examen et je les laissai dans l'ignorance la plus complète, quant à la tentative opératoire que j'allais faire.

Me plaçant à droite de la femme, pendant le relâchement utérin j'appliquai mes deux mains au-dessus et en dehors de la tumeur céphalique dans la fosse iliaque gauche et par des pressions douces et graduelles, je cherchai à ramener la tête vers le centre du détroit supérieur. Deux contractions survinrent assez rapidement l'une après l'autre et à chaque fois la tête m'échappa. Enfin je pus la ramener sans interruption nouvelle jusqu'à la marge du détroit supérieur ; alors abandonnant la tête de la main gauche, je portai celle-ci sur le pelvis, afin de reporter celui-là au fond de l'utérus. La version céphalique était achevée, la manœuvre avait duré dix minutes. A l'effet de maintenir l'effet obtenu et d'empêcher la reproduction du mal,

j'appliquai un bandage de corps après avoir placé des compresses graduées dans la fosse iliaque gauche et dans le flanc droit et je serrai particulièrement le chef supérieur du bandage pour corriger l'obliquité utérine existante. En même temps j'ordonnai à la femme le décubitus latéral gauche. Je quittai la femme, vers sept heures du matin, disant à la famille que je ne pouvais rien préciser de certain, quant à l'issue du travail, mais que j'avais beaucoup d'espoir. A dix heures du matin, je revis la parturiente. Le travail avait débuté franchement après mon départ, les contractions étaient régulières en intensité, fréquence et retour, la douleur était surtout hypogastrique. Je n'osai ôter le bandage et je me contentai du toucher. Le col offrait une dilatation comme une pièce de cinq francs, la poche des eaux bombe peu, malgré l'énergie des contractions utérines ; les membranes me paraissent épaisses. Dans l'intervalle des douleurs je trouvai la tête, qui commençait à se fixer au détroit supérieur en première position. L'effet obtenu s'était donc maintenu. Afin de hâter la fixation et l'engagement de la tête et pour ne pas prolonger le travail, vu la résistance énorme des membranes, je rompis la poche des eaux. Immédiatement l'extrémité céphalique s'engagea au détroit. Il était onze heures du matin, quelques instants de calme suivirent l'écoulement du liquide amniotique et vers onze heures et dix minutes, les contractions utérines reparurent avec une énergie nouvelle. Le bandage de corps fut maintenu, car bien que n'étant plus indispensable pour faciliter l'accomodation fœtale, il assurait la coïncidence des axes pelviens et utérins, prévenant ainsi la déperdition d'une grande partie de la force utérine. Et la preuve en réside dans le fait de l'intensité du travail et la prompte dilatation du col après son application. Vers midi et demi, la tête arriva sur le périnée, elle était volumineuse et très dure et vers une heure l'accouchement se termina par l'expulsion naturelle d'un bel enfant du sexe féminin. L'espace de temps relativement long, écoulé entre l'engagement de la tête et son expulsion, s'explique par le volume de l'enfant et l'étroitesse relative de la filière pelvienne par surabondance du tissu adipeux. Aussi un moment je crus faire une application de forceps : mais l'énergie des contractions utérines reprenant et les bruits du cœur fœtal restant normaux, j'abandonnai avec pleine confiance la terminaison du travail aux seuls efforts de la nature. Et comme l'événement l'a prouvé, mon espoir était fondé.

La délivrance se fit par pression et traction combinées sans accidents ni complications. Les suites de couches furent heureuses, tout à

fait normales. La femme se leva le dixième jour et put librement vaquer à sa besogne habituelle. Je l'ai revue depuis, elle et son enfant jouissent de la plus parfaitesanté, et pour me servir de son expression « C'est comme si elle n'avait pas été en couches. »

La cause la plus puissante des présentations transversales chez ma cliente était certainement la multiparité. Car à elle seule, elle fait disparaître les principaux facteurs de l'accommodation. En effet, la paroi utérine et abdominale subissent la disparition de certaines propriétés physiques par le fait de gestations successives. Chacune d'elles subit une élongation à chaque grossesse, dont pour la paroi abdominale, les stigmates externes (vergetures) sont la preuve. Ce fait est d'autant plus accusé, que les tissus sont plus flasques comme chez les femmes lymphatiques. Aussi la laxité des parois abdominales devient de plus en plus considérable, les muscles droits s'écartent et, la ligne blanche s'amincit de plus en plus. L'utérus évolue plus facilement dans la cavité abdominale d'une multipare. Donc il n'y a pas de sollicitation à l'accommodation pour le fœtus dans la cavité utérine, aucune sollicitation pour l'utérus à l'accommodation pelvienne.

La version par manœuvres externes, préconisée par Wigand, perfectionnée et enseignée par Hubert, eut de la peine à entrer dans le domaine de la pratique. Et pourtant quelle opération plus inoffensive et quels résultats surprenants ne donne-t-elle pas ! Depuis trois ans, en France et en Allemagne, on tend à revenir à ce procédé aussi simple que facile et la littérature obstétricale étrangère est remplie de faits cliniques, témoignant de l'excellence de la méthode. Il est évident que les conditions d'intervention n'existent pas toujours et que bien souvent l'homme de l'art est appelé trop tard. C'est pourquoi, je partage l'opinion du docteur Pinard ; chez beaucoup de femmes, un examen est nécessaire avant la fin de la grossesse. La plupart des présentations anormales pourraient être corrigées par manœuvres externes et la correction maintenue à l'aide d'un bandage de corps ou d'une ceinture convenablement disposée. Non pas que j'ignore que très souvent lors du travail, la nature elle-même corrige les positions ou présentations vicieuses ; mais au hasard on aura substitué la certitude par des manœuvres, qui ne sont ni douloureuses, ni répugnantes et surtout exemptes de danger.

(*Annales de la Société de médecine de Gand*).

DU FRISSON CONSÉCUTIF AUX IRRIGATIONS INTRA-UTÉRINES PENDANT LES SUITES DE COUCHES.

Par le docteur EMILIO FASOLA.

Des observations répétées ont conduit l'auteur aux conclusions suivantes :

1° Les irrigations désinfectantes intra-utérines pratiquées dans un but thérapeutique dans l'endométrite septique puerpérale, avec lochies fétides, etc., sont fréquemment suivies de frisson ;

2° Le frisson est d'autant moins intense que la fétidité des lochies est moins prononcée et que le traitement local date de plus longtemps ; dans ces cas, il se présente plutôt sous la forme de sensation de refroidissement que de frisson proprement dit ;

3° Il apparaît généralement à la suite des premières irrigations, fort souvent avec l'injection du soir, il ne se répète pas toujours ;

4° Il est suivi d'une élévation de température de courte durée à laquelle succède un abaissement notable de température ; il n'est pas rare, dans les cas légers, qu'elle revienne à la normale, par exemple quand la température ne dépasse pas 38°5, avant l'irrigation ; la malade se trouve alors dans un état de bien-être général ;

5° Aucun accident ne fut constaté.

Le frisson consécutif aux lavages phéniqués intra-utérins peut-il être attribué à l'absorption d'une partie du liquide employé, à sa pénétration dans le torrent circulatoire ? Richter et Münster, par leurs recherches cliniques, ont démontré que presque toujours les solutions d'acide phénique et d'acide salicylique passent dans le sang, mais qu'il n'en résulte jamais le moindre danger.

Dans les cas d'endométrite septique, avec lochies fétides, on peut expliquer le frisson de la manière suivante : par le lavage utérin, on remue les substances putréfiées qui recouvrent la surface interne de l'utérus sans pouvoir toutefois avec l'eau employée les chasser en totalité ; les caillots putréfiés qui oblitèrent les tissus utérins, les canaux veineux et lymphatiques, sont détachés en partie et mettent à nu l'orifice de quelques vaisseaux, ainsi que le prouve l'hémorrhagie qui souvent accompagne le lavage ; des lacérations des tissus encore friables se produisent ; ce sont là autant de conditions favorables à l'absorption rapide d'une quantité notable de matériaux septiques, d'où la série des phénomènes pathologiques observés et dont l'intensité est

d'autant plus grande que les lochies sont plus fétides et que le traitement local est tardif.

(*Annali di ost. gin. e ped.*, 1883, et *Gazette médicale de Paris*).

DU ROLE DE LA MASTURBATION DANS LA GENÈSE DES AFFECTIONS GYNÉCOLOGIQUES.

Le Dr Chapman, dans un mémoire très étudié sur cette question arrive aux conclusions suivantes :

1° Les femmes pratiquent la masturbation sur une très vaste échelle ;

2° En règle générale, elles se bornent à la manipulation des organes externes ;

3° Il est rare qu'elles aient recours, pour cette pratique, à l'introduction de corps étrangers dans le vagin ;

4° Quand ce petit exercice se reproduit souvent, il détermine toujours des modifications dans les organes génitaux externes ;

5° Quand on constate ces modifications, on peut être certain que la femme se livre à la masturbation ;

6° On arrivera en général par des questions adroites à faire avouer aux malades leur funeste habitude ;

7° La masturbation peut produire un état de relâchement très marqué du vagin ;

8° La rétroversion se rencontre si souvent chez les femmes qui se masturbent que, quand on la constate chez une fille nullipare, on doit en considérer l'origine comme très suspecte ;

9° Il en sera de même quand on observera l'existence *simultanée* de la leucorrhée et de la ménorrhagie ;

10° Cette habitude vicieuse peut donner lieu à de l'ovaralgie et même à de l'ovarite chronique ;

11° Il est si fréquent de trouver la masturbation parmi les facteurs étiologiques des affections pelviennes que si l'on arrive à la constater il sera facile d'établir le pronostic et d'instituer un traitement convenable dans beaucoup d'affections utérines chez les filles non mariées.

(*American journal of obstetrics*, juin 1883, page 598).

(*Journal de Médecine de Paris*.)

ANOMALIE FŒTALE.

Les journaux politiques de Liège ont annoncé, la semaine dernière, la naissance au quartier du Nord (rue du Ruisseau, n° 26), d'un enfant avec *trois* yeux, l'œil supplémentaire étant placé au devant de la poitrine. L'amour du merveilleux faisait même ajouter dans le public des détails complets : cet œil était parfaitement conformé, s'ouvrait et se fermait par moment, laissait échapper des larmes, etc.

Nous sommes allé voir le phénomène samedi après dîner ; déjà plusieurs médecins avaient passé par là, et le père, un brave ouvrier se montre très flatté de l'intérêt que son enfant inspire.

La mère, une jeune femme de 24 à 25 ans, a eu un premier enfant à terme, il y a trois ans et demi, et un second enfant, né à six mois et demi ; tous deux bien conformés. La troisième grossesse a été heureuse, comme les deux premières, et s'est terminée, le 21 février, par la naissance de l'enfant en question.

Cet enfant est d'un volume un peu au-dessous de la moyenne ; il a la figure rosée et, à part l'anomalie thoracique, paraît bien conformé ; il prend facilement le sein et toutes ses fonctions s'exécutent normalement.

La poitrine ayant été découverte, nous avons vu, à sa partie médiane inférieure, une tache blanchâtre, ovalaire, de la grandeur d'un franc environ, entourée d'un cercle bleu-violacé, un peu déprimée ; cela ressemble assez bien à un ulcère recouvert d'une mince pellicule peu adhérente : celle-ci s'entrouve, paraît-il, par moments, et l'on voit alors suinter un peu de sérosité (les prétendues larmes) ; lorsque l'enfant crie, la tache devient saillante, bombée, (c'est dit-on, l'œil qui est poussé en dehors.

Au-dessus de la tache, on voit les battements précipités du cœur soulever fortement la paroi thoracique : c'est que, *apparemment* le sternum manque et l'organe n'est recouvert que par les parties molles. Ayant voulu examiner plus attentivement, nous avons approché notre doigt de la poitrine, mais le père nous en a vivement empêché, prétendant que nous pourrions faire du mal à son enfant.

Et voilà le phénomène. Si quelques-uns de nos lecteurs avaient également la curiosité d'aller le voir, nous leur conseillons de ne pas faire comme nous, de ne pas manifester trop tôt leur incrédulité, parce que, comme nous, ils deviendraient suspects et ne pourraient examiner à l'aise. Comme renseignements : le père ne montre aucune ré-

pugnance à exhiber son enfant, il en paraît fier, au contraire ; un plateau reçoit les offrandes des visiteurs et contenait, au moment de notre visite, pas mal de petites pièces blanches.

Des confrères nous ont parlé d'inversion des organes, d'anévrysmes, etc. Nous ne voulons point faire d'hypothèses ; mais nous reparlerons de ce cas quand nous aurons pu faire un examen sérieux, ou si nous obtenons des renseignements exacts.

(*Journal d'accouch. de Liège* et *Médecin Praticien*).

DIAGNOSTIC DE L'ABSENCE DE LA MATRICE

Clinique de M. le Professeur DEPAUL.

A propos d'un cas où, pour un examen complet, il sera nécessaire de chloroformiser la personne où il soupçonne un cas d'absence de la matrice, M. Depaul expose la façon dont on peut arriver à diagnostiquer cette anomalie : La jeune fille étant endormie, on peut arriver jusqu'au fond du vagin, voir s'il existe un col de l'utérus et si ce col est perforé. En outre, on doit s'assurer de l'existence d'un corps dans la matrice en introduisant une sonde dans la vessie et un doigt dans le rectum : en rapprochant, à travers les tissus, la sonde du doigt, on sentira s'il existe entre ces deux points un corps qui ne sera autre chose que la matrice. L'opération renouvelée dans toute la hauteur de la vessie permet de constater la présence ou l'absence de l'utérus qui, devra s'interposer entre cette sorte de pince, s'il existe, s'il est normalement développé.

C'est de cette façon que M. Depaul a pu diagnostiquer chez quelques femmes cette anomalie qui n'est pas excessivement rare.

(*Revue de la Presse médicale française et étrangère*).

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DE L'ANÉMIE DES ENFANTS ET DE SON TRAITEMENT PAR LES FERRUGINEUX ET L'EAU D'OREZZA.

En dehors des maladies organiques de l'enfance, il y a les dyscrasies et les diathèses qui sont surtout caractérisées par une altération

du sang et des humeurs. Avec ces dispositions morbifiques, l'enfant peut vivre de la vie commune, mais il reste faible, pâle, languissant plus ou moins étiolé, sans appétit et facile à fatiguer. Cet état constitue ce que l'on appelle d'une manière générale l'anémie, ce qui comprend à la fois la chloro-anémie et la chlorose. Il est tantôt *primitif*, constitutionnel, héréditaire même, ou dû à l'influence de la *malaria* des villes et de l'agglomération dans les centres populeux dont l'air est vicié par les miasmes et les poussières, et tantôt il est *secondaire*. Alors, il résulte des affections chroniques des voies digestives, du poumon, ou du système glandulaire, de parésies de l'intestin, de l'intoxication plombique, et c'est une anémie différente de la première que l'on peut combattre par les mêmes moyens.

Il y a, dans l'une et dans l'autre, une déperdition du fer normalement contenu dans les hématies ou globules rouges du fluide sanguin ; une diminution dans le nombre de ces hématies qui peut tomber à un quart ou à un tiers au-dessous de la normale, mais dans l'anémie secondaire symptômatique il est difficile de remédier à cette déperdition ferrugineuse. C'est dans l'anémie ordinaire primitive, dans les anémies de la convalescence, dans les anémies dyspepsiques et dans la chlorose vraie que les préparations ferrugineuses trouvent en théorie et en pratique la raison de leur emploi.

Mais toutes les préparations ferrugineuses ne sont pas également bien supportées et assimilées par les enfants et les malades. Il y a des enfants que ces préparations relâchent ou constipent et dans ce cas la médication reste sans effet ou devient nuisible. On en conclut à tort que le fer n'est pas supporté, mais cela n'est pas exact. Tout dépend en effet de la préparation employée, et tel malade qui ne tolère pas une préparation se trouve très bien de l'emploi d'une autre. Les enfants ne supportent aucune des pilules ferrugineuses qui, lorsqu'elles sont vieillies, ne se désagrègent pas dans l'intestin, et ils acceptent bien les préparations solubles tels que les sirops ou certaines eaux minérales.

Parmi ces dernières dont le nombre est très considérable, le type le plus parfait est sans contredit celle d'Orezza. Sa composition est très connue par l'analyse quantitative qu'en a faite Poggiale, et il nous suffit de savoir qu'elle renferme 10 à 15 centigrammes de carbonate de protoxyde en dissolution, qu'elle renferme des traces de manganèse et d'arsénic, enfin qu'elle est un peu alcaline, ce qui est de la plus haute importance pour son assimilation. Par l'acide carbonique qui

s'y trouve, la digestion de ces eaux devient plus aisée, facilite la dissolution du fer dans nos liquides, le rend mieux assimilable et augmente l'étendue de son action. La présence de ce gaz a cet autre avantage d'enlever à l'eau cette saveur alcaline martiale et peu agréable qu'elle aurait sans lui. Pour la faire prendre plus agréablement, j'y fais ajouter une cuillerée à café de sirop d'écorces d'oranges amères, ou une cuillerée de vin muscat, et enfin la faire boire aux repas avec le vin comme eau de table.

Comme complément de l'usage de ces eaux, on doit prescrire la gymnastique, l'hydrothérapie, une douche très courte chaque jour et le vin de quinquina, un petit verre en terminant le repas.

D[r]. E. Bouchut.

TOPIQUES ARGILEUX, SUPPOSITOIRES VAGINAUX.

Par le docteur Tripier.

C'est la difficulté d'agir sur l'utérus et même sur la muqueuse vaginale chez certaines femmes dont l'orifice vulvaire se trouve étroit ou rétréci au point de ne pouvoir plus admettre que le doigt, qui m'a d'abord donné l'idée de substituer à l'usage des tamponnements médicamenteux, auxquels j'avais souvent recours, celui des suppositoires vaginaux d'un petit volume.

Les conditions à remplir par ces topiques étaient d'offrir une consistance suffisante pour l'introduction, tout en restant capables de se dissoudre ou de déliter dans le vagin, — d'être constitués par un véhicule assez peu soluble ou assez difficilement dissociable pour ne pas abandonner trop rapidement le principe médicamenteux dont ils sont chargés, — véhicule dont la présence ne compliquât pas outre mesure les soins de toilette, et qui fût au besoin un cosmétique.

Après avoir songé aux suppositoires gélatineux de Raynal, qui remplissent fort bien la première condition, moins bien les dernières, je m'arrêtai comme véhicule à l'argile plastique, qui, indépendamment de ses qualités topiques propres, se prête mieux aux applications que j'avais en vue, contenant une préparation extemporanée réalisable en l'absence d'un outillage spécial. Pétrie au mortier, avec des solutions liquides ou pâteuses, l'argile s'en charge aisément, formant avec elle une pâte médicamenteuse d'une bonne conservation, même dans une atmosphère d'humidité, pâte avec laquelle le premier venu — ordi-

nairement la malade — peut préparer au moment du besoin un bol de telle forme ou tel volume qu'il aura été prescrit.

On peut préparer ainsi des suppositoires aux sels de cuivre ou de fer, à l'alun, etc., etc. On peut même y incorporer des extraits végétaux en prenant quelques précautions d'une réalisation facile.

Dans l'exécution, quelques difficultés étaient à prévoir ; quelques précautions devaient être prises.

La masse, en se desséchant, même modérément, n'abandonnerait-elle pas des efflorescences salines ? Cela ne se produit que dans une mesure appréciable.

Il est bon qu'au moment de s'en servir la pâte ait une consistance voisine de celle adoptée dans la pratique du modelage. Cette consistance est un peu trop grande pour la préparation ; on incorporera donc le principe médicamenteux dans un véhicule aqueux ou plus ou moins abondant.

Le mélange exactement fait sera ensuite gardé dans un vase posé sur une assiette contenant de l'eau, et recouvert d'une cloche. Il se conservera ainsi, dans un milieu saturé de vapeur d'eau, à la consistance voulue.

Quand ensuite on le pétrira pour l'usage, il offrira l'inconvénient, s'il n'est employé à l'instant même, de se dessécher assez rapidement et de prendre vite une consistance trop ferme. On y remédie en ajoutant à la solution aqueuse ou à la masse une certaine proportion de glycérine.

L'addition de glycérine a un autre avantage, qui s'est montré très sensible dans la confection des premiers topiques argileux que j'ai préparés, topiques à l'iodure de potassium ; au contact de la terre glaise, la solution aqueuse se décompose et l'iode est, petit à petit, mis en liberté ; l'addition de glycérine assure la stabilité de l'iodure ;

Voici la prescription que je fais dans le cas où c'est l'iodure de potassium que j'emploie :

Argile plastique des sculpteurs, 500 grammes ; eau, 50 gr.; iodure de potassium, 30 gr. ; glycérine, 100 gr.

Mêler exactement au mortier, et conserver, comme il a été indiqué plus haut, dans une atmosphère saturée d'humidité.

Chaque jour, ou tous les deux jours, la patiente en prend la quantité voulue pour faire, au moment de l'usage ou peu avant, une boulette du volume et de la forme d'une grosse olive. Cette boulette pèse environ 5 grammes et renferme 2 décigrammes d'iodure.

On l'introduit dans le vagin aussi avant que possible, et l'on n'a plus à s'en occuper ; les soins de la toilette habituelle n'ont aucun compte spécial à en tenir : quand l'argile a rempli son rôle de véhicule et de savon, elle est entraînée petit à petit et très facilement par les lavages.

Je ne doute pas que ce mode de pansement soit appelé à rendre des services dans les affections phlegmasiques (topique à l'extrait de digitale), dans les catarrhes vaginaux simples ou diathésiques (astringents, sels de cuivre, sulfures, etc.). Dans tous ces cas, le véhicule a l'avantage d'agir comme adjuvant : je n'ai pas à rappeler que l'argile, aussi bien que la glycérine, a fait ses preuves et que si elle n'est pas plus employée comme cataplasme, il faut l'attribuer à sa trop facile dessiccation, à laquelle il n'est pas toujours commode de mettre obstacle.

(*Bulletin de Thérap.* et *Conseiller médical*).

DU TRAITEMENT DES HÉMORRHAGIES UTÉRINES POST PARTUM, PAR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES D'ERGOTININE.

Par le Dr Chahbazian.

M. le Dr Chahbazian, étant chef de la clinique de la Maternité de Rotunda-Hospital's de Dublin, s'est efforcé de résoudre les trois questions suivantes :

Dans quels cas doit-on employer l'ergotinine ?

Quels sont les avantages de l'ergotinine sur l'ergotine ?

A quelle dose et quand faut-il l'employer ?

L'ergotinine doit être employée dans tous les cas d'hémorrhagies utérines post-partum, ayant pour cause une absence de contractions utérines, ou bien quand, après une bonne contraction, il y a un relâchement de l'utérus. Si l'hémorrhagie survient avant la sortie du placenta, il faut d'abord extraire le placenta, et si elle continue, par suite du relâchement de l'utérus, l'injection hypodermique de l'ergotinine peut produire une bonne contraction et arrêter l'hémorrhagie.

L'auteur a employé l'ergotinine dans neuf cas dont il rapporte les observations, et toujours il a réussi à faire cesser l'hémorrhagie. Les doses employées ont varié avec les cas, depuis trois jusqu'à dix gouttes; le plus souvent, c'est cette dernière dose qui a été donnée ; elle représente un demi-milligramme de l'alcaloïde. L'ergotinine employée

est celle de Tanret et sa solution contient un milligramme de principes actifs dans un gramme de récipient. La formule de M. Tanret est la suivante :

Ergotinine...........	0.01	centigramme
Acide lactique........	0.02	—
Eau de laurier cerise..	10	grammes

L'auteur a observé un fait curieux, c'est que, à petites doses, l'effet de l'ergotinine sur l'utérus est plus fort et plus marqué qu'à doses élevées.

Voici les avantages que trouve M. Chahbazian, de l'ergotinine sur l'ergotine dans les injections hypodermiques, pour arrêter les hémorrhagies post partum.

1° Les indurations et les abcès qu'on observe souvent à la suite des injections hypodermiques d'ergotine de Bonjean, d'Yvon ou de la pharmacopée anglaise, n'ont pas eu lieu avec celles de l'ergotinine ; en effet, dans aucun cas, nous n'avons observé ces accidents ;

2° Il faut injecter une grande quantité d'ergotine, 20, 40 et même quelquefois 60 gouttes, pour obtenir une bonne contraction utérine, tandis que, avec 5 à 6 gouttes d'ergotinine, quelquefois même avec 3 gouttes, une bonne contraction est obtenue ;

3° L'ergotine étant un produit complexe, son action aussi est complexe et pas permanente, tandis que l'ergotinine étant le véritable principe actif, l'alcoloïde de l'ergot de seigle agit plus vite et produit une contraction permanente et plus durable ;

4° L'action de l ergotine sur l'utérus n'est pas certaine, tandis que celle de l'ergotinine nous paraît plus certaine, parce qu'elle n'a pas manqué une seule fois dans les cas où nous en avons fait usage ;

5° L'ergotine est à l'ergotinine ce que l'extrait d'opium est à la morphine. Personne ne discute aujourd'hui les avantages de la morphine sur les extraits d'opium. »

En général, l'auteur n'emploie pas l'ergotinine tant que l'utérus n'est pas vidé du produit de la conception. Mais dans les circonstances particulières, il fait une exception et fait une injection avant la sortie du placenta, à cause de l'hémorrhagie et comme un moyen prophylactique des hémorrhagies post partum.

Conclusions : « L'ergotinine, alcaloïde de l'ergot de seigle, peut être employée avec succès en injection sous-cutanée pour arrêter les hémorrhagies utérines post partum.

2. Les injections hypodermiques d'ergotinine sont indiquées chaque fois qu'il y a une hémorrhagie utérine post partum ayant pour cause une faible contraction utérine ou un relâchement utérin après une courte contraction.

3. Dans les cas d'hémorrhagies post partum ayant pour origine une rupture générale, une déchirure du col, du vagin ou des hémorrhoïdes; ou enfin dans les cas d'hémorrhagies clitoridiennes, l'ergotinine n'a pas d'action.

(*Revue médicale* et *Conseiller médical*).

FORMULAIRE

—

La Rue et la Sabine dans les Métrorrhagies (J. Chéron).

La Rue et la Sabine ont été employées en médecine pour remplacer l'ergot de seigle, mais leur usage n'est pas entré dans la pratique courante et c'est regrettable, car la Rue, surtout, possède des propriétés anti-métrorrhagiques plus sûres que celles de l'ergot.

C'est à une huile essentielle d'une couleur jaune-verdâtre fortement odorante que cette plante doit son activité. La Sabine doit aussi ses propriétés à une essence plus irritante encore que celle de la Rue.

Dans les cas où l'insuccès de l'ergot et de l'ergotine est notoire, on réussit, en général, avec la Rue et la Sabine associées.

On peut faire usage de la poudre fraîchement préparée ou de l'huile essentielle, d'après les formules suivantes :

Poudre de Rue................ } ââ 1 gramme.
Poudre de Sabine............. }
en 20 pilules.

Prendre une pilule le matin et une le soir.

La dose maximum est représentée par quatre pilules par jour. qu'on doit prendre toujours une à une.

La Sabine employée seule, peut être donnée à des doses beaucoup plus élevées :

Poudre de Sabine fraîchement préparée.............. 10 gr.
en 30 cachets.

Prendre un à trois cachets par jour.

On donne aux personnes qui ne peuvent avaler ni cachets ni pilules, l'huile essentielle de Rue à la dose de six à dix gouttes, dans un julep de 120 gr. en 24 heures.

L'huile essentielle de Sabine ne doit être employée qu'à la dose de 2 à 5 gouttes, dans un julep de 120 gr. comme la précédente.

Il ne faut pas oublier que ces substances sont susceptibles de provoquer l'avortement plus facilement que l'ergot de seigle, et que leur administration doit être faite avec grand soin.

ÉCOLE PRATIQUE DE LA FACULTÉ

COURS LIBRE

—

DE L'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE SUIVANT LES RACES

M. le Dr Verrier, reprendra son cours, le vendredi 4 avril à 1 h. 1/2, à l'amphithéâtre n° 3. Il le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure.

Il traitera dans ce semestre de l'avortement criminel chez les anciens Romains et chez les différents peuples actuels ; De l'avortement spontané et de l'avortement scientifiquement provoqué, ainsi que des mutilations ethniques pratiquées sur l'enfant.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

De l'antisepsie en obstétrique.— Le sublimé doit-il être préféré à l'acide phénique comme agent antiseptique à employer dans la pratique obstétricale ?

—

Au moment où le sublimé est prôné par les accoucheurs, notamment par son apôtre spécial, le professeur Tarnier, il n'est pas inutile de mettre en regard de l'apologie de cette substance les faits qui sont de nature à faire apprécier les dangers de cette médication.

Le professeur Tarnier termine sa leçon d'ouverture (*de l'antisepsie en obstétrique*) par les considérations suivantes :

« Maintenant, quels sont les inconvénients du sublimé? Je n'hésite pas à le dire, ils sont pour ainsi dire nuls. Je vais cependant vous signaler ceux qui ont été notés :

Quelquefois, mais rarement, on observe un peu d'hydrargyrie à la région vulvaire. Mais y a-t-il là une raison suffisante pour abandonner le sublimé ? Ne savons-nous pas qu'autrefois, alors qu'on soumettait les femmes malades aux onctions avec l'onguent napolitain, c'était le ventre tout entier qui était couvert d'hydrargyrie, et que cependant personne n'a jamais songé à abandonner pour cela les onctions mercurielles ?

J'ai observé quelquefois une légère gingivite, mais jamais de salivation ; j'accepte cependant que celle-ci soit possible chez les femmes pour lesquelles on fait usage du sublimé à outrance.

Mais, est-ce que cet accident ne se produit pas également lorsqu'on emploie le calomel dans la péritonite ? Et cependant il n'est jamais venu à l'idée de personne de renoncer pour cette cause à l'usage du calomel.

Oh ! il y a d'autres inconvénients : lorsqu'on fait usage du sublimé, il n'est pas possible de porter des bagues d'or aux doigts et de se servir de vases de métal ! On en est quitte pour quitter ses bagues ,et pour faire usage de vases en verres ou en faïence.

De plus, à la suite de ce traitement poussé à outrance, comme nous le faisons dans le cas de rupture utérine, la muqueuse de la vulve et du vagin est dure, tannée pour ainsi dire. Mais, qu'est-ce que cela, si l'on songe que c'est grâce à ce même traitement que les femmes guérissent ?

Y a-t-il des cas de mort produits par le sublimé ? On en a cité un, mais il est peu authentique ; pour mon compte personnel, je le mets en doute, car j'ai employé le sublimé plus de trois mille fois sans inconvénients sérieux.

En résumé, le sublimé est un excellent antiseptique, le meilleur probablement, et je vous conseille, messieurs, de faire comme moi et de lui rester fidèles jusqu'à plus ample informé. »

D'une autre part, M. Ricklin, dans la *Gazette médicale*, rapporte, d'après le *Centralblatt für Gynækologie*, le fait suivant qui donne à réfléchir aux partisans à outrance du sublimé :

—M. Stadfeldt (de Copenhague), qui a publié récemment un cas d'intoxication mortelle par le sublimé employé comme antiseptique, se demande s'il n'y a pas lieu de revenir à l'emploi de l'acide phénique dans la pratique obstétricale. Le fait invoqué par M. Stadfeldt concerne une primipare de 23 ans qui accoucha à l'hôpital, le 23 décembre dernier. L'accouchement se fit de la façon la plus naturelle ; mais le placenta fut retenu dans la cavité utérine. Il en résulta des pertes de sang très abondantes, qui nécessitèrent l'extraction du délivre à l'aide de la main. On fit, dans le vagin et l'utérus, des injections avec une solution phéniquée à 3 0/0. Le 29 décembre au soir, la température interne, normale

jusqu'alors, s'éleva à 39°6. Le lendemain, à 1 heure de l'après-midi, on procéda au lavage de la cavité utérine avec une solution de sublimé à 1/1500. Le liquide refluait librement hors de l'utérus et il s'en était déjà écoulé environ 400 grammes, lorsque soudain la malade se rejeta en arrière, porta ses mains à son front, en se plaignant d'une violente céphalalgie; elle éprouvait en outre une sensation de constriction à la gorge. On suspendit aussitôt le lavage de l'utérus et on fit prendre quelques gouttes d'éther à la malade. Celle-ci, au bout de quelques minutes, accusait une violente douleur dans l'hypogastre, avec irradiations dans les aines et vers les lombes. Plus tard, quand elle fut redevenue complètement calme, elle affirma que les accidents avaient débuté par les douleurs de ventre. Ces douleurs s'étaient calmées au bout de deux heures, faisant place à des sueurs profuses : la malade tomba dans une grande prostration ; elle avait du vertige. Dans la soirée, survint du tenesme rectal, avec évacuations diarrhéiques sanguinolentes. L'urine recueillie par le cathétérisme contenait une forte proportion d'albumine. Quelques vomissements muqueux. P. 76. T. 37. La diarrhée et les vomissements persistèrent. La langue était très sensible; à sa face inférieure, on apercevait quelques petites ulcérations grisâtres. Peu de salivation. A partir du 3 janvier, anurie complète. Les moyens mis en œuvre pour arrêter la diarrhée ne firent qu'exaspérer ce symptôme. Le pouls était devenu petit et irrégulier. Le 4 janvier, la malade succomba au sortir d'un bain qui lui avait procuré un instant de calme.

A l'autopsie, on trouva les organes génitaux dans leur état naturel, la vessie fortement contractée et entièrement vide, les reins volumineux, diminués de consistance, leur couche corticale tuméfiée, d'un jaune grisâtre ; la muqueuse du gros intestin était parsemée d'ulcérations recouvertes de croûtes jaunâtres ; les plus grandes mesuraient 0,8 centimètres de diamètre ; elles étaient surtout nombreuses dans le rectum. Dans la dernière portion de l'intestin grêle, la muqueuse était hypérémiée et l'épithélium se détachait très facilement. Les autres organes ne présentaient rien d'anormal. L'examen microscopique du parenchyme

rénal fit voir que l'épithélium des canaux contournés était tuméfié, granuleux et, par places, infiltré de graisse. La recherche du mercure dans le foie, le cerveau et les reins aboutit à un résultat absolument négatif. Ce n'est point là une raison d'écarter l'hypothèse d'un empoisonnement aigu par le sublimé, car cette même constatation négative a été faite dans le cours de plus d'une enquête médico-légale concernant des empoisonnements par ce toxique.

Nous n'avons pas eu de cas de mort à enregistrer, mais nous avons eu des accidents d'une nature telle que dorénavant nous ne saurions faire usage du sublimé en obstétrique sans de grandes appréhensions.

Chez une malade qui avait été accouchée par le Dr Verrier, je fus appelé, notre confrère ayant été obligé de s'absenter de Paris pendant quelques jours. Cette dame avait eu six enfants. D'un tempérament très lymphatique, atteinte à plusieurs reprises de poussées de métrite, elle avait eu une grossesse très pénible et de nombreuses atteintes d'eczéma.

Après un accouchement très rapide et sans accidents, l'écoulement lochial prît une intensité et une fétidité exceptionnelles. Le sulfate de cuivre ne modifia en rien la situation. Alors fut employée la liqueur de Van Swieten.

Dès la première injection la malade eut des coliques atroces. La liqueur fut dédoublée, mais les accidents ne firent que grandir. Les douleurs s'irradièrent jusqu'à la région lombaire et jusqu'aux genoux. Des nausées survinrent ainsi qu'un peu de tympanite abdominale.

Pendant vingt jours, la malade resta dans cet état, les lochies ne pouvant être modifiées que par des injections chaudes chloralées.

Dans un autre cas, à peu près identique, des injections de liqueur de Van Swieten furent faites chez une accouchée. femme d'un pharmacien dont les lochies fétides très abondantes nécessitaient les secours de l'antisepsie.

Dès les premières injections, la malade fut prise de frissons, de salivation, de nausées, de douleurs abdominales violentes. La

face grippée, la respiration anhélante complétaient un tableau effrayant. Tout cela dura six jours. On dut supprimer l'emploi du sublimé et le remplacer par un autre antiseptique.

En rapportant ces quelques faits, et nous en connaissons d'autres, nous ne voulons point faire le procès du sublimé. C'est un antiseptique remarquable, cela ne fait plus un doute pour personne, mais il serait utile, en publiant les accidents auxquels il donne lieu, de modérer l'enthousiasme à outrance de ses apôtres.

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par EDWARD JOHN TILT.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*,
Annotée par le Dr J. CHÉRON.

TROISIÈME PARTIE

Pathologie spéciale de l'âge critique.

CHAPITRE VI.

MALADIES DU SYSTÈME NERVEUX GANGLIONNAIRE.

(*Suite.*)

Symptômes et Diagnostic. — La débilité est le fond de toute autre affection ganglionnaire, comme l'irritabilité nerveuse est le fond de toute maladie cérébrale. La débilité existait à un degré marqué dans tous les cas énumérés précédemment; mais, chez quarante-et-une femmes, qu'elle fût seulement accusée, ou intense et prolongée, elle semblait ne provenir que du passage à l'âge critique.

Il existait quelquefois un sentiment d'épuisement général qui envahissait tout le système ; ainsi quarante-et-une femmes, d'habitudes actives, se plaignaient de rester sans forces par suite d'une

débilité intense et continue. A. M., femme habituée à de rudes travaux, dit « qu'elle sait fort bien s'habiller elle-même, mais qu'elle est souvent obligée de se recoucher pour reprendre des forces ». M. W., femme mince, délicate, cheveux roux, âgée de quarante-cinq ans, a eu, il y a deux ans, les pieds mouillés au moment de ses règles, qui se sont arrêtées ; depuis, elle a éprouvé de grandes douleurs abdominales et un état de prostration intense et continue, sans autre cause que l'âge critique. Chez d'autres, la débilité est tellement enracinée dans le système qu'une nourriture substantielle et des stimulants ne peuvent la dissiper. Il n'y a qu'une différence de degré, mais non de nature, entre cet épuisement radical des forces et ses manifestations légères, si fréquentes à cette période, et qui toutes semblent provenir du creux de l'estomac.

Cette faiblesse épigastrique s'est produite chez 220 femmes sur 500; elle est un des moindres tourments auxquels elles puissent être sujettes. Les pathologistes ont noté les cas graves de maladie du centre ganglionnaire, mais il n'ont pas réussi à saisir la relation de cette catégorie d'affections avec les formes les plus bénignes et les plus communes; quant à moi, entre les plus sérieux des 49 cas graves, et les plus bénins des 220 cas sans gravité, je ne vois qu'une différence de degré, le mal restant le même et toujours se montrant aussi variable que les nuances multiples d'une même couleur. Les symptômes sont décrits comme « faiblesse et épuisement », « sueurs de faiblesse », ou « sensation confuse et nauséeuse au creux de l'estomac »; ce qu'on ressent est comparé à une impression de « faim » ou au « désir ardent de l'ivrogne pour son stimulant habituel ». D'autres éprouvent « comme l'atteinte d'un évanouissement », ou « un manque de stabilité », ou « un vide à l'intérieur ». Elles ne consentent pas à appeler *douleur* cette sensation, mais elles disent qu'elle est si irritante, si agaçante qu'elle est plus pénible à supporter que la douleur. Souvent, elles affirmeront que « tout le mal est dans la poitrine » ; mais elles désignent le creux de l'estomac et ne présentent pas le moindre symptôme de maladie des poumons.

Il peut y avoir oppression et évanouissement avec ou sans douleur vive à l'épigastre; des sensations analogues au « battement

des ailes d'un oiseau », au « mouvement d'un petit animal », ou « à une aridité intérieure », « à un tiraillement et à un déchirement » ; mais tout cela ne provient pas d'une inflammation de l'estomac, car cet organe, même dans les cas les plus graves que j'ai pu observer, est toujours capable de digérer quelque nourriture ; ce n'est pas non plus le résultat de dyspepsie ou de maladie du foie, et j'adopte l'opinion de Lobstein, que ce sont des manifestations d'un état de souffrance du centre nerveux ganglionnaire.

Il est évident qu'une perturbation ganglionnaire plus ou moins grande accompagne souvent les maladies de l'estomac, du foie, des intestins et de la matrice.

Romberg pense « que la sensation particulière d'évanouissement et d'annihilation accompagnant la douleur est pathognomonique de la névralgie cœliaque, et la distingue de la névralgie du nerf vague », cas dans lequel on trouvera une sensation d'obstruction dans l'œsophage, de suffocation, d'ardeur, montant de l'estomac à la gorge, avec régurgitation de mucus visqueux ou vomissement ; les transpirations sont copieuses ou les urines plus abondantes. Une pression soulage souvent, mais quelquefois le moindre attouchement exaspère la douleur. Instinctivement, les femmes relâchent leurs vêtements, et j'ai vu bon nombre de mes malades supprimer leurs corsets.

La débilité déterminée par une attaque violente de cette maladie est inimaginable pour ceux qui n'en ont pas été témoins. Une bonne nuit de repos ne répare pas les forces, qui semblent être épuisées jusque dans leur source et ne reparaissent que lorsque la malade a pu jouir d'un profond sommeil pendant quelques nuits. Le caractère intermittent de la douleur a été bien indiqué par Schmidtman : *Per intervalla vexat cardialgia, et remittet intermittetque.*

J'ai vu les pires paroxysmes de la gangliopathie survenir dans un état de parfaite santé et sans cause apparente, mais je les ai rarement vus marqués du type tertiaire, que le Docteur Sheerman prétend être fréquent.

Que la présence du sucre dans l'urine soit un signe pathognomonique de la névrose du nerf vague, comme le croit le Docteur

Sheerman, cela me paraît fort douteux, en raison du rapport intime du nerf vague avec les ganglions cœliaques. Cela m'amène à chercher à savoir si la formation du sucre dans le sang ne doit pas être attribuée à cette partie du système nerveux qui influe le plus immédiatement sur la nutrition ; c'est un sujet à réserver pour des recherches ultérieures.

En admettant, avec Romberg, que la sensation de réplétion lorsqu'on a pris un peu de nourriture, que l'absence de satiété quand on en a absorbé beaucoup, indiquent l'hypéresthésie des rameaux gastriques du nerf vague, et que les sensations concomitantes de brûlure et de morsure au creux de l'estomac, avec débilité complète, dénotent la névralgie cœliaque, cette distinction n'enseigne rien de pratique, comme Romberg lui-même l'a admis.

A la puberté, pendant que la menstruation est encore imparfaite, pendant la grossesse, la lactation, ou l'âge critique, on peut supposer que les douleurs au creux de l'estomac proviennent de l'hypéresthésie des ganglions solaires et du plexus cœliaque, principalement si la malade a été en butte à des causes de nature à produire des affections nerveuses, ou à des maladies des organes sexuels, particulièrement si la névralgie cérébro-spinale se trouve coexistante et a été intermittente, et si les symptômes nerveux ne peuvent s'expliquer par des lésions organiques de l'estomac.

Quand la débilité est intense, elle arrive par une pente insensible à cet état appelé lipothymie par les anciens auteurs, et peut se terminer par la complète extinction de la force vitale. Evanouissement est généralement considéré comme synonyme de syncope, bien que le mot *syncope* désigne la suspension de l'action du cœur, et que le mot *évanouissement* indique la perte subite de la force ganglionnaire, déterminant la privation de sentiment ; l'*évanouissement* n'est aussi que la dépression momentanée de la force ganglionnaire, la privation de sentiment n'étant que partielle. Il est vrai que la lipothymie et la syncope peuvent coïncider et se produire l'une par l'autre ; de même que, dans quelques-uns des cas les plus graves, j'ai vu l'évanouissement se produire, la sensibilité diminuer, la respiration s'accomplir imparfaitement, tandis que l'action du cœur demeurait imperturbable. Le Docteur Copeland a

déjà noté ce fait, et prétend que, dans des cas semblables, il a trouvé l'état du pouls indiquant la saignée. Par *évanouissement*, j'entends le « deliquium animi » ou la « defectio animi » de Colse, la « Lipothymia » de Sauvages, dont la définition est vraie comme nature : — « Subitanea et brevis virium dejectio, superstite pulsùs vigore, et cognoscendi facultate ».

La syncope est rare à l'âge critique, bien qu'une disposition à de fréquents évanouissements se soit rencontrée chez 25 femmes sur 500. M. S., âgée de quarante-sept ans, s'est évanouie souvent par suite de faiblesse ; elle n'avait éprouvé rien de semblable jusqu'à la cessation.

S. A., d'apparence vigoureuse, quarante ans,fut obligée de cesser de travailler, six mois après la cessation, et, pour la première fois de sa vie, parce que l'épuisement produisait l'évanouissement et lui donnait des sensations gênantes de pesanteur au creux de l'estomac. Elle est restée quelquefois évanouie pendant trois-quarts d'heure. Un souffle qui passe la soulage ; elle n'a pas de dyspepsie, mais ressent la boule hystérique. M. G. n'a jamais eu d'évanouissement avant le temps d'incertitude; dès lors elle y fut sujette, deux à trois fois par semaine, pendant trois ans. A. L. s'est souvent évanouie avant la première et la dernière menstruation, et à chaque époque menstruelle. C. S. a eu des évanouissements répétés pendant l'année qui a suivi la cessation. Brierre de Boismont a remarqué l'évanouissement à l'âge critique, mais il n'a pas recueilli de ces cas, comparativement rares, d'évanouissement avec l'épuisement et la débilité dont on se plaint si souvent.

Ces considérations peuvent porter la lumière sur quelques cas de mort subite, insuffisamment expliqués par l'examen anatomique *post mortem*. Ceux qui ont écrit sur la fièvre, et, le plus récemment, le Docteur Handfield Jones, ont remarqué l'influence paralysante des miasmes paludéens sur la force nerveuse. Sir G. Blanc raconte comment les malades de Walcheren, en pleine convalescence, tombaient morts sans cause apparente; dans l'hôpital de San Spirito, à Rome, j'ai vu un homme, près d'être rétabli d'une fièvre pernicieuse, expirer tout à coup, sans que l'examen *post mortem* fournisse le moindre renseignement sur la cause du décès.

Une partie des cas de mort subite des femmes en couches et déjà en pleine convalescence me semble s'expliquer par les observations que je viens d'exposer.

Une dame grande, maigre, pâle, blonde, froide, était accouchée depuis huit jours et allait si bien que son accoucheur avait cessé ses visites quotidiennes, lorsque, en s'asseyant pour prendre son repas, elle retomba et expira. On ne trouva rien qui fût de nature à expliquer l'événement, ni caillot dans l'artère pulmonaire, ni quoi que ce soit d'ailleurs, si ce n'est un état légèrement flasque des parois du cœur.

A mesure que les femmes vieillissent, toutes les affections nerveuses ganglionnaires diminuent, excepté la débilité, qui peut persister, à des degrés variables, jusqu'à ce que survienne la mort.

La débilité est caractéristique de la chlorose ; le Docteur Merei a affirmé qu'elle en est une des conditions pathologiques les plus répandues de nos jours. Sans nul doute, on la rencontre le plus fréquemment pendant les années qui suivent la puberté, mais tout le monde peut la reconnaître communément dans les périodes critiques de la vie reproductive de la femme. Cazeaux l'a signalée pendant la grossesse ; Bland admet qu'elle est plus commune qu'on ne le croit généralement parmi les adultes ; Dusourd l'a reconnue, à l'âge critique, et moi-même, je l'ai notée dans quarante cas sur cinq cents dont j'ai précédemment dressé le tableau.

D'ailleurs, chacun doit avoir remarqué l'altération qui se produit quelquefois à cette période, le changement de la coloration de la peau qui, de rosée, devient couleur de cire ; les lèvres aussi se décolorent, le blanc de l'œil devient mat ; les maux de tête, le pseudo-narcotisme, la débilité générale complètent ces symptômes.

En laissant en dehors de la question tous les cas dans lesquels l'anémie est causée par l'hémorrhagie, il est bien prouvé que la puberté, la grossesse, la lactation et la cessation peuvent produire une diminution relative des globules du sang suffisante pour déterminer la chlorose. C'est, sans nul doute, une maladie du sang, mais elle prend sa source dans une perte spéciale de force du

système nerveux ganglionnaire qui agit sur les vaisseaux sanguins et donne la vie au sang. Avec le Docteur Joly, de Paris, je pense que la chlorose est une affection névralgique du système nerveux ganglionnaire ; et j'admets avec le Docteur H. Jones que, dans beaucoup de cas de chlorose survenant parmi les classes les plus pauvres de Londres, l'action des influences méphitiques sur le système ganglionnaire est la première maille de la chaîne des causes ; mais de pareils cas ne doivent pas être séparés d'autres également fréquents, dans lesquels la chlorose surgit dans les circonstances sanitaires les plus parfaites et au milieu des familles les plus aisées, démontrant ainsi que le système ganglionnaire peut développer spontanément la maladie.

A l'âge critique, comme à la puberté, l'énergie nerveuse des ovaires est, soit au-dessus, soit au-dessous de ce qu'elle doit être, et le centre épigastrique, étant sous une influence morbide, se trouve incapable de provoquer l'accomplissement régulier de la nutrition, de telle sorte que le sang s'appauvrit et que le système entier en souffre.

Thérapeutique. — Les observations relatées dans ce chapitre montrent que les affections gangliopathiques doivent être guéries par les sédatifs, les alcalins qui provoquent l'action de la peau, et par les toniques ; mais je parlerai plus au long de cette médication et j'indiquerai des remèdes dont je n'ai encore rien dit. Pour commencer, je ne saurais trop faire ressortir l'utilité des sédatifs appliqués au creux de l'estomac.

Le consentement unanime de l'humanité, la conviction de bien des hommes illustres, et les faits relatés dans ce chapitre, contribuent puissamment à prouver que, dans la région épigastrique, il existe un centre réel de pouvoir nerveux ; par suite, j'essaie d'agir sur lui par des médicaments que je crois propres à augmenter ou à diminuer ce pouvoir, ou bien à régler son action désordonnée. Il faudrait agir ainsi, lors même qu'il ne s'agirait que de soulager les sensations douloureuses, pénibles, indéfinissables, que les malades éprouvent dans cette région ; mais, étant fermement convaincu que ce centre nerveux ganglionnaire réagit

constamment sur le cerveau, et ayant reconnu si souvent le dérangement plus ou moins grave qu'il cause dans les facultés mentales, à la puberté, pendant la grossesse, l'état puerpéral, la lactation et la cessation, j'estime que c'est un devoir impératif que d'appliquer des remèdes sur ce centre. Une autre raison importante pour essayer, en tout cas, de soulager la douleur épigastrique et les sensations anormales de l'âge critique, c'est que les femmes ne peuvent les supporter longtemps sans désirer du soulagement. Si la médecine est impuissante, elles recourent instinctivement aux stimulants, les pauvres au porter et au gin, les riches au vin et à l'eau-de-vie.

Le chapitre sur le traitement général des maladies de l'âge critique devrait être appris par cœur, d'autant plus que les applications locales ne sauraient être que de peu d'utilité sans un traitement constitutionnel. Lorsque se présentent les formes bénignes de la cardialgie, le malaise épigastrique, la faiblesse et l'épuisement, je m'assure d'abord si ces sensations coexistent avec des sécrétions nécessitant les purgatifs, avant de prescrire ma potion sédative avant et l'alcali après les repas; 3 grains de pilules bleues et 2 grainsd'extrait d'hyoscyamine,chaque soir, ou de deux jours l'un : un cataplasme de moutarde ou de farine de graines de lin, chaud et saupoudré de camphre pulvérisé, et arrosé d'une cuillerée à thé de laudanum, tous les deux jours, le soir ; des ventouses sèches, comme le recommande Galien, ou un sachet de camphre, à porter pendant le jour, au creux de l'estomac. Si les douleurs persistent, je prescris un emplâtre d'opium ou de belladone qui doit rester adhérent à la peau, et s'il ne parvient pas à soulager, je le renouvelle tous les quatre ou cinq jours, ou j'en applique deux, l'un au creux de l'estomac et l'autre sur l'épine dorsale; ou bien j'ordonne alternativement un emplâtre d'opium et un emplâtre de belladone tous les quatre jours. Je prescris souvent 2 grains de sulfate d'atropine avec 4 grains d'acétate de morphine, dans une once de pommade épaisse à la glycérine, et je dis à la malade d'en prendre gros comme une petite noix, de l'étendre sur un morceau de calicot de Macintosh et de le placer sur la région épigastrique. On peut l'enlever le lendemain et le replacer

au même endroit, après avoir enduit de nouveau le calicot. Maintenant j'ordonne généralement un morceau de laine ou de drap avec une surface imperméable à appliquer sur le creux de l'estomac tout le jour. Avant de l'appliquer, on doit le couvrir de 20 ou 30 gouttes d'esprit de vin auquel on ajoute 3 grains de sulfate d'atropine et 6 grains d'acétate de morphine.

Lorsque les yeux sont affectés par atropine, on peut en supprimer l'application jusqu'à ce que la vue soit bien rétablie, et alors, si cela est encore utile, on renouvelle l'application tous les deux ou trois jours, le soir.

Si, en même temps que le sentiment de prostration, il existe une douleur évidente, résistant aux moyens locaux détaillés précédemment, on peut, comme je l'ai fait quelquefois, appliquer un morceau de linge imbibé de chloroforme au creux de l'estomac, en le couvrant de soie gommée et en le maintenant en place par un bandage.

Un vésicatoire n'est pas toujours efficace, mais procure quelquefois du soulagement; ni Comparetti, ni Barras, à Venise et à Paris, non plus que Larry, n'ont employé ce moyen avec succès. Dans les cas les plus graves de cardialgie, quand les attaques de douleurs épigastriques sont terribles, leur intensité est souvent diminuée en faisant prendre à la malade de 30 à 60 gouttes d'esprit aromatique d'ammoniaque, dans la plus petite quantité d'eau possible; ou bien, les remèdes suivants : de 10 à 15 gouttes de chloroforme sur un morceau de sucre qu'on fait ensuite fondre dans un peu d'eau; l'éther chlorique ; 20 gouttes d'éther sulfurique tenant en dissolution 1 drachme de camphre par once; une goutte d'huile essentielle de menthe poivrée sur du sucre fondu dans de l'eau. Dans certains cas, le paroxysme, après avoir suivi son cours, cesse de lui-même ; dans d'autres, tous les remèdes bénins se trouvant inutiles, j'ai mis à vif la peau de la région épigastrique sur la dimension d'une pièce de 5 francs, au moyen d'une teinture vésicante, ou bien j'y ai appliqué un morceau de linge imprégné d'ammoniaque, auquel je faisais succéder de 3 à 6 grains d'acétate de morphine ; enfin, j'ai employé avec succès l'injection hypodermique de morphine.

La vératrine et l'aconitine sont des agents inestimables dans les cas difficiles. Je les ai employés extérieurement, en incorporant 1 scrupule de vératrine ou 1 grain d'aconitine dans 1 once d'axonge, en ordonnant de prendre gros comme un pois et d'en frotter la région épigastrique pendant un quart d'heure jusqu'à ce qu'on ait produit une sensation de picotement ; et cette opération doit être répétée tous les deux ou trois jours. Trousseau et Mathieu ont hautement recommandé cette manière d'appliquer la vératrine. On peut aussi se servir d'un liniment composé de :

Extrait de Belladone....	1	gros.
Teinture d'Aconit.......	2	gros.
Liniment de Savon.....	2	onces.

S'il existe de l'irritabilité nerveuse et de l'insomnie, je donne toujours le Bromure de potassium, et cela n'avait pas été découvert lorsque j'eus à traiter les cas relatés dans ce chapitre. Ils montrent ce qu'on peut faire en administrant des pilules de 3 grains d'hyoscyamine, une ou deux chaque soir ; et si cela ne suffit pas, de 5 à 10 grains de poudre de Dover, ou 20 minimes de solution d'acétate de morphine, suivant la *Pharmacopée Anglaise*, en y ajoutant 20 minimes de vin d'ipécacuana, et, dans les cas exceptionnels, un 16^{me} de grain d'acétate de morphine toutes les heures ou toutes les deux heures jusqu'à ce que survienne le besoin de dormir.

Dehaen, Barras et autres qui ont étudié les affections obscures, apprécient comme moi l'administration interne et externe de l'opium, de l'hyoscyamine, du camphre et de l'eau de laurier-cerise. Dumas, de Montpellier, a fréquemment prescrit la 15^{me} partie de la composition suivante, à prendre chaque jour, contre les affections nerveuses des organes abdominaux :

Ricin.............	30	grains
Camphre.........	15	»
Opium............	8	»
Conserve de Roses.	q.	s.

Le Chanvre Indien seul, ou associé en pilules à l'extrait de jusquiame, est incomparable pour apaiser les symptômes nerveux ;

on peut en dire autant de 20 grains de chloral, donnés trois fois par jour, le soir avec 20 grains de Bromure de potassium.

Je ne puis passer sous silence le sinapisme qu'a inventé un ami du Docteur Handfield Jones, et qui, appliqué à l'épigastre, procure du sommeil quand ont échoué beaucoup d'autres remèdes contre l'insomnie de la folie.

Les émétiques sont des remèdes héroïques dans les affections nerveuses, contre le globe hystérique, contre les spasmes de l'œsophage, l'aphonie nerveuse, les douleurs hystériques et la demi-paralysie des membres. Ils guérissent fréquemment sans mettre la bile en mouvement, parce que, probablement, ils agissent en attaquant soudainement une condition morbide des forces nerveuses cérébrales et ganglionnaires, et rétablissent l'équilibre de la santé. Cependant, lorsqu'il existe une grande faiblesse en même temps que les cruelles souffrances épigastriques décrites comme gangliopathie, les émétiques sont mauvais ; c'est ce que Joseph Frank a constaté à Vienne, lorsqu'y florissait la théorie de Stoll.

Quant aux toniques, lorsque la gangliopathie domine, je prescris une bonne nourriture, du vin, des acides minéraux, pendant que la menstruation apparaît encore irrégulièrement. Les acides minéraux améliorent la digestion, restreignent l'action irrégulière du foie, et rafraîchissent la peau souvent irritée par des chaleurs et des vapeurs. Hufeland a donné l'élixir de Haller dans les affections de l'âge critique, Frank a administré avec succès l'acétate de plomb à la dose de un sixième de grain, dans des cas de cardialgie causée par l'onanisme et accompagnée de spermatorrhée ; je ne l'ai jamais essayé. Le même auteur considère l'oxyde de bismuth comme le principal remède de la névralgie du plexus cœliaque, à la dose de un tiers de grain deux ou trois fois par jour, « parce que l'oxyde de bismuth et le nitrate de zinc ont une influence positive sur les nerfs de l'estomac en apaisant les affections des nerfs cœliaques et le plexus ganglionnaire abdominal ».

Hufeland parle favorablement de l'hydrocyanate de zinc à la dose de 1 à 4 grains, deux ou trois fois par jour ; mais je préfère le valérianate de zinc.

Le sous-nitrate de bismuth est fréquemment prescrit par doses de 10 à 20 grains, dans un mucilage, à prendre quand l'estomac est libre.

L'oxyde d'argent a été ordonné par M. J. Egre et par le Docteur Davey ; en recommandant le nitrate d'argent, le Docteur H. Jones remarque avec raison que son emploi pendant une quinzaine ne peut pas noircir la peau. Le Docteur Sheerman donne un demi-grain de nitrate d'argent avec la même quantité d'opium et 5 grains d'extrait de camomille, trois fois par jour; du sulfate de quinine dissous dans une potion acide ; et 3j doses de solution de potasse pour prévenir la formation du sucre dans l'urine.

On s'accorde généralement à croire que la strychnine a le pouvoir de conserver et d'augmenter la force des nerfs ; je la donne lorsqu'une grande perte d'énergie nerveuse n'est pas associée avec l'anémie ou la chlorose. La poudre de noix vomique en doses de 2 grains, ou son extrait en doses de 1 grain, ont été fortement recommandés par Schmidtman. Le Docteur Davey donne la strychnine, et le Docteur H. Jones écrit pour la recommander. J'apprécie chaque jour davantage l'arsenic comme tonique des nerfs, à l'âge critique.

Le Docteur H. Jones le prescrit dans des cas semblables à ceux que j'ai décrits; si le Docteur Leared l'a trouvé si utile dans des cas de dyspepsie confirmée, c'est qu'il doit tonifier les nerfs de l'estomac et des régions voisines. J'ai rarement donné la digitale à l'âge critique, mais son action fortifiante et régulatrice sur le cœur, à petites doses, fait désirer qu'elle soit expérimentée plus largement dans les névralgies viscérales.

Lorsque, après la cessation, il existe une tendance à l'anémie ou à la chlorose, je donne la quinine et le fer, en variant les préparations, mais toujours à petites doses. Comparetti et Barras font un grand éloge de la glace pour calmer les douleurs dans les affections spasmodiques de l'estomac, pour augmenter le sentiment de la force, et développer le mouvement péristaltique des intestins. Cela me rappelle que, dans quelques cas graves, lorsque la malade ne pouvait avaler de l'eau froide, ou quelque chose de chaud, elle désirait vivement des glaces, qui passaient facile-

ment; d'où résultait un certain soulagement. Une forte chaleur est utile dans ces cas-là, comme dans les autres affections névralgiques. Le cautère actuel et les moxas ont été employés autrefois. Les Chinois soulagent la cardialgie en plongeant des aiguilles d'acupuncture au creux de l'estomac. Enfin, nous avons l'électricité qui peut s'appliquer au moyen des chaînes de Pulvermacher dont une extrémité aboutit à l'épigastre et l'autre à l'épine dorsale ou à la partie postérieure du cou. Tout autre mode d'application de l'électricité au creux de l'estomac ne saurait être employé avec trop de précautions.

LES CAUSES MORALES DE LA STÉRILITÉ

Par le Dr Horatio R. Bigelow, Washington.

(*Suite et fin.*)

Dans un numéro de l'*Edinburgh Review*, Sydney Smith dit que le fait de l'infériorité de la femme est le simple *ipsi diximus* des hommes. Démosthènes dit que souvent une femme a renversé, en un jour, le travail de plusieurs années d'un homme d'État. Montesquieu dit qu'un gouvernement devrait être jugé, non par les hommes à la tête des affaires, mais par les femmes qui gouvernent les hommes.

Clément XIV dit que les hommes ont souvent acquis du crédit et reçu des honneurs dus à la sagacité de leurs femmes, et Madame de Staël écrit: « Trop de puissance déprave la beauté, altère toutes les jouissances de la délicatesse; les vertus et les sentiments ne peuvent résister, d'une part à l'exercice du pouvoir, de l'autre à l'habitude de la crainte. »

Le *Onus probandi* avec les faiseurs d'objections existe toujours et il me semble que ces arguments, si on peut les appeler ainsi — *manières de voir* serait plus correct — n'ont aucun rapport saisissable avec la question à résoudre.

Mme Mill a « le courage de ses opinions » en citant, comme on le dit dans la *Saturday Review*, différentes opinions sur le dogme du suffrage sans distinction. Le droit abstrait de la femme à l'é-

galité du suffrage avec l'homme peut être reconnu, mais il est une autre chose à ajouter, c'est que la femme étendrait sa souveraineté et que la société à venir gagnerait à ce changement. L'argument de Mme Mill est un *non sequitur* parce qu'il laisse la question de propriété physiologique hors de discussion.

Elle pense que la nature prendra soin des « incompatibilités », oubliant que l'espoir des générations futures réside dans les « incompatibilités » pour la vie et ses besoins. La simple vérité du suffrage égal existe comme un droit idéal, mais pour l'établir sur des bases impérissables et sérieuses il faut prouver que le sexe de la femme ne souffrirait pas de ce changement, qu'il n'y aurait pas un bouleversement des lois sociales et morales éprouvées et que la stérilité ne ferait pas graduellement place à la fécondité. Comme médecins, tout en reconnaissant le droit abstrait de l'égalité politique et sociale, nous ne pouvons oublier les objections physiologiques insurmontables, présentes et futures qui rendraient la pratique universelle du suffrage impossible dans l'ordre actuel de la société, avec l'état physique de la femme et avec nos idées de moralité actuelles. Si la nature avait décrété, dans les temps passés, que la fonction de mettre au monde des enfants serait dévolue à l'homme et que la femme gouvernerait, comme le fait aujourd'hui le mari, l'élément féminin se serait probablement révolté et aurait réclamé le changement des rôles. L'effet produit sur la maternité par l'habitude de consacrer sa vie aux excitations politiques est évident. Je crois qu'une femme pourrait avoir la direction de sa propre fortune, qu'elle pourrait être admise aux professions scientifiques ou à la vie de négoce et même au vote, si elle le désirait, mais je sais aussi que l'état fébrile provoqué ainsi, chez quelques femmes, les rendrait impropres à accomplir leurs devoirs de mères loyales, que ce serait une fréquente source de désordres menstruels et une cause féconde de stérilité. Ce n'est pas une question d'infériorité de la femme ou de supériorité de l'homme, mais une question de propriété. Cette question en rapport avec la femme et en rapport avec les temps est encore à naître, elle est physiologique. Il est impossible de soutenir aucun argument, s'il est purement moral.

« Le plaisir sexuel n'est pas nécessaire à la conception ; son absence n'exclut pas la conception. La condition essentielle est que l'élément fécondant entre librement et promptement dans l'orifice du col utérin au moment voulu. » — (Barnes, *Maladies des femmes.*)

Le repos de l'esprit est absolument nécessaire à quelques femmes pour que l'ovulation s'accomplisse. Les femmes nerveuses sont rarement, sinon jamais, réglées convenablement, lorsqu'elles sont tourmentées ou préoccupées par leurs affaires domestiques.

Il est impossible de définir comment ces situations mentales subjectives impriment leur sceau aux fonctions menstruelles. L'influence en est puissante et dominante. Une femme mariée deux fois à des hommes d'une égale vitalité concevra avec l'un et restera stérile avec l'autre.

Les mariages de convenance, dans lesquels l'amour est sacrifié aux considérations du monde, sont très aptes à être stériles. La jeune femme qui, dans sa jeunesse, a eu un roman qu'elle a idéalisé avec toute la ferveur et l'imagination de sa nature, dont le héros adoré était une sublime consécration, si la mort lui enlève l'objet de son amour ou si une fâcheuse inconstance donne à son attention une autre direction, conservera dans la vie une impression indélébile qui exercera son influence pendant tout le temps qu'elle vivra. Elle se marie un jour, et, bien que son mari puisse être, de toute façon; digne de son affection, il lui manque encore quelque chose. Ses baisers lui sont intolérables. Le spectre de son ancien amour la poursuit et malgré son désir de maternité, elle reste stérile. Je ne sais pas comment une telle incompatibilité de sentiment produit la stérilité.

Les gynécologues expérimentés ne peuvent nier qu'elle ait cet effet très souvent. Si l'œuf contient en lui-même les millions de germules représentant les caractéristiques transmises des ancêtres, aussi bien que les impressions maternelles, il est possible que l'aversion de la mère fasse une impression si positive sur un certain groupe de germules que, nécessairement, ne pouvant fixer leurs affinités, elles empêchent la vitalité des autres. Il y a là

une relation très intime entre le cerveau et les organes sexuels. L'un souffre comme l'autre.

La folie est souvent due à un déplacement de l'utérus. Les phénomènes psychiques de la stérilité sont d'un extrême intérêt.

Les mariages entre frère et sœur n'étaient pas rares chez les Egyptiens. De nombreux témoignages le confirment: Diod. 1.87, Cod.; Justin V., Tit. V., Leg. VIII.; de même chez les auteurs Grecs, Cor. Ness., I., V., Cim I. L'histoire des Ptolémées, et particulièrement celle de Philadelphe, sont pleines d'exemples de semblables mariages. (Ebers.)

Le Dr Barnes (« Diseases of Women ») dit: « Certains degrés de parenté semblent défavorables à la fertilité. François Galton a publié sur ce sujet des statistiques très intéressantes et d'une grande valeur historique. Ainsi, il démontre dans son livre sur le « Hereditary Genius », combien est mauvaise l'influence des mariages consanguins. M. Galton cite l'influence nuisible des mariages avec des héritières. » Les héritières sont des enfants uniques, le faible fruit d'une race usée. Beaucoup de pairies se sont éteintes ainsi. Un cinquième des héritières n'ont eu aucun enfant mâle, un tiers n'ont eu qu'un enfant et trois cinquièmes n'en ont eu que deux. Ce qui a sauvé beaucoup de familles, c'est que le mari ait survécu à l'héritière avec laquelle il s'était mariée une première fois, et ait pu ainsi avoir des enfants avec une seconde femme. « Je considère, » dit Galton, « la pairie comme une désastreuse institution, à cause de ses effets destructeurs sur nos meilleures races. » Les recherches de Galton sont confirmées par celles de Sir J. Simpson sur la fertilité de la noblesse. Ainsi Sir James trouve que, sur 495 mariages dans la noblesse anglaise, 81 furent stériles, donnant par conséquent une proportion de 1 mariage stérile sur 6, tandis que 675 mariages, dans les villages de Grangemouth et de Bathgate, le premier agricole, le second maritime, donnèrent 65 cas de stérilité ou environ 1 sur 10.

Les documents nécessaires pour estimer la proportion des femmes stériles sont peu nombreux, de sorte que on ne peut en tirer des déductions sûres et précises. Ici, il est vrai, comme dans tant d'autres cas où les phénomènes de la vie sont en jeu, les condi-

tions complexes et les sources d'erreur sont si nombreuses qu'il est tout à fait impossible d'isoler le fait simple de la stérilité ; le mot étant employé pour exprimer l'incapacité absolue ou temporaire d'avoir des enfants dans un nombre considérable de cas, il en résulte que, pour établir des statistiques, tous les éléments constituants auront une égale valeur. Suivant la marche habituelle des statistiques, il ne reste rien, excepté un *Caput mortuum*, dont tous les faits et la vérité entière ont été extraits. Comme sujet d'un intérêt politique général, cependant, le Dr Farr a calculé que la moyenne des mariages féconds, en Angleterre, dans les périodes ordinaires, est, pour 100 mariages, de 420 enfants, donnant une proportion de 4 2/10 enfants pour chaque mariage ».

« La question de la stérilité probable de la femme se décide dans les trois premières années de sa vie de femme mariée. Sept pour cent seulement des femmes fertiles ont leur premier enfant après trois ans de mariage, soit environ une sur quatorze. Dans toute communauté, on trouvera un certain nombre de femmes stériles. On a calculé que, dans la Grande-Bretagne seulement, il y a 500,000 femmes mariées stériles, et, comme le remarque le Dr Bennet, il est difficile de croire que de simples imperfections physiologiques ou pathologiques, soit chez l'homme, soit chez la femme, d'une fonction qui se maintient pendant la plus grande partie de notre existence, puissent paraître suffisantes pour produire un tel résultat. »

« La stérilité ne prouve pas nécessairement que les organes sexuels ou leurs fonctions doivent, soit chez l'homme, soit chez la femme, être dans un état anormal. Il peut y avoir une incompatibilité physiologique, une stérilité relative et non effective, comme le prouve ce fait : un mari et une femme vivent pendant des années ensemble sans avoir des enfants et, un jour, sans que rien soit changé dans leur état, la grossesse arrive. Encore, une femme reste stérile avec un mari qui a déjà eu des enfants avec une autre femme ; cependant, elle conçoit de nouveau une fois remariée, après la mort de son premier mari. On connaît des cas, où un homme et une femme, vivant ensemble pendant plusieurs années sans avoir d'enfants, après avoir divorcé et s'être remariés, en ont eu

sans qu'aucun changement se soit produit dans leur santé, avant ou après le divorce. » — (Edis, *Diseases of Women*).

Les rapports du dernier recensement des Etats-Unis ne donnent pas de statistiques pour les mariages consanguins, mais j'ai eu, de sources privées, des détails sur cent vingt-cinq cas :

Mariages entre cousins germains, 100; stériles 60; un enfant, 40; deux enfants, 20; trois enfants, 5.

Mariages avec la sœur d'une épouse morte, 15; stériles 7; un ou plusieurs enfants, 8. Mariages entre cousins issus de germains, 10; tous stériles.

Les mariages, lorsqu'il n'y a eu aucune interruption dans la ligne de descendance, sont aussi des causes de stérilité. Les traits héréditaires des ancêtres et leurs caractères physiques se transmettent de génération en génération, mais il est impossible de définir quel est le processus physiologique qui agit dans la décroissance de la progéniture résultant des unions consanguines. Les maladies qui ont imprimé leur sceau à des générations successives deviennent plus intenses à chaque mariage consanguin et, de la sorte, peuvent exercer leur influence sur la nature productive de la femme, de même qu'elles peuvent aussi atteindre la vitalité de l'homme. L'habitude de la stérilité peut ainsi se transmettre, le nombre des enfants résultant de chaque mariage consanguin devenant moindre à chaque génération. Dans la race juive, où les mariages entre parents sont fréquents, la transmission des traits de la race est tout à fait saisissante. L'étude de leur histoire semble confirmer ce qu'on avance en déclarant que ces mariages produisent la stérilité.

La nouvelle revue médicale mensuelle anglaise, citant la *Revue scientifique*, dit: Les Juifs jouissent presque partout de certaines immunités physiologiques qui les distinguent des autres peuples. Parmi ces immunités sont les suivantes : Leur fécondité générale (rapport des naissances au nombre) est moindre, tandis que la fécondité relative de leurs mariages varie sur différents points, par rapport à ceux des autres races ; une plus grande proportion de leurs enfants survit partout; les naissances illégitimes et les enfants mort-nés sont plus rares chez eux ; la quantité des

naissances d'enfants mâles est plus grande que celle des naissances de filles; leur mortalité est moindre, la durée moyenne de leur vie est plus grande; le nombre des naissances l'emporte sur celui des morts; sans y échapper complètement, ils sont moins généralement et moins gravement atteints par les maladies contagieuses; ils sont comparativement exempts de maladies telles que la consomption et la scrofule, et ils ont la faculté de s'acclimater et de se multiplier sous toutes les latitudes.

On remarque ces immunités, malgré l'état apparent des Juifs qui peuvent en jouir et être très misérables; malgré la fréquence, chez eux, des mariages entre parents; et malgré les conditions insalubres de la vie, dans les villes où ils se confinent pour la plupart. On peut les regarder comme la conséquence de l'action de causes variées, parmi lesquelles on trouve une vitalité supérieure inhérente à leur race, l'absence continuelle de tout mélange avec du sang étranger qui pourrait troubler sa pureté, l'observance fidèle des règles d'hygiène dictées dans le Deuteronome, qui sont spécialement affectées aux pays chauds et aux saisons chaudes, l'influence salutaire des mariages précoces, de l'esprit d'ordre et d'économie, de la modération dans les goûts, de la sévérité relative des mœurs et de l'intimité de la vie de famille chez les Juifs. Il peut se faire que la misère, dans les quartiers Juifs des villes d'Europe, soit plus apparente que réelle et que leurs habitants soient réellement plus heureux que le peuple qui les entoure.

Les statistiques d'où sont tirées ces conclusions fournissent des faits qui prouvent que les Juifs sont très sujets aux affections cérébrales et aussi aux maladies qui affectent les personnes mûres et âgées.

En discutant sur le principe de la loi de déviation d'une moyenne, Francis Galton fait observer que: « Tout résultat variable dépend du nombre des causes variables et, chacune d'elles, étant l'effet du simple fait de sa variabilité, dépend d'autres causes variables et ainsi de suite, pas à pas, jusqu'à ce qu'on ne sache plus où s'arrêter. Egalement, par le simple fait que chacune de ces causes a un résultat variable, elle a une valeur moyenne et, pour

cela, il y a, dans chaque cas, une même chance pour que le résultat soit au-dessus ou au-dessous de la moyenne. »

La Pangénèse suppose que les gemmules dont toute cellule de chaque organisme est formée, dérivent de deux causes : l'une, l'hérédité inaltérée; l'autre, l'hérédité altérée. Galton donne pour exemple, le cas d'un enfant qui reçut un dixième de sa nature d'une modification individuelle et qui hérita pour le reste de neuf dixièmes de ses parents. Il s'ensuit que ses deux parents lui avaient donné seulement neuf dixièmes de neuf dixièmes ou 81/100 de ses grands parents, 729/1000 de ses bisaïeux et ainsi de suite; le numérateur de la fraction croissant à chaque degré moins rapidement que le dénominateur, jusqu'à ce qu'on arrive à une valeur insignifiante de la fraction.

La part d'hérédité qu'un enfant, dans une forme inaltérée, pourrait tenir de tous ses ancêtres jusqu'au cinquantième degré environ, serait seulement un cinq centième de toute sa nature.

En examinant ce qu'on doit comprendre par le mot « individualité », je me permettrai une dernière citation du « Génie héréditaire » : « La pisciculture a été l'objet de tant d'ouvrages, de tant de démonstrations et de tant de lectures que tout le monde est devenu plus ou moins familier avec ses procédés. La laitance prise sur le mâle est répandue sur les œufs que la femelle a déposés, ce qui change rapidement leur aspect et, graduellement, sans autre intermédiaire, on voit un embryon de poisson se développer dans chacun d'eux. Les œufs peuvent avoir été séparés de la femelle depuis plusieurs jours, la laitance depuis plusieurs heures du mâle. Ce sont, par conséquent, des parties de matière organisée entièrement détachées, portant séparément leurs existences organiques propres ; et au même instant, ou très peu de temps après qu'ils ont été touchés, les fondations d'une vie individuelle sont posées. Mais où était cette vie pendant le long intervalle où la laitance et les œufs étaient séparés des poissons père et mère ? Si ces substances possédaient des vies propres dans l'intervalle, alors deux vies auraient été fondues en une « individualité », ce qui est en propre terme une contradiction directe. Si ni l'un ni

l'autre n'avaient de vie propre, alors cette vie est le résultat d'une opération au-dessus de tout contrôle humain.

On ne peut pas dire que l'œuf était toujours en vie et que la laitance a eu simplement une influence accessoire, puisque le jeune poisson hérite également des caractères de ses parents; il y a du reste une quantité d'autres données physiologiques pour détruire cette idée. C'est pourquoi, d'aussi loin qu'on considère les poissons, la création d'une nouvelle vie est, sans restriction, autant dans les limites du pouvoir humain que la création d'un produit matériel quelconque l'est de la combinaison d'éléments donnés... C'est pourquoi, non seulement la création de l'existence chez des poissons, dans un sens général, mais aussi le caractère spécifique des existences individuelles, dans ses plus vastes limites, sont sans restriction soumis au contrôle humain. »

L'humanité a, naturellement, un contrôle étendu sur ses propres actions, elle peut se multiplier par des mariages précoces ou s'anéantir elle-même par le célibat. Étant donnés les principes d'où émane la vie, l'homme peut créer d'une façon purement mécanique, par la simple juxtaposition des éléments. Mais il ignore complètement l'action moléculaire chimique des germules — ou, en d'autres termes, la force qu'un tel contact met en liberté. Il ne peut pas créer artificiellement la laitance et les œufs. Il ne peut pas non plus expliquer l'action de l'un sur l'autre. Il est probable que chacun d'eux possède en lui-même certains équivalents de vie, représentant les équivalents de l'hérédité transmise par les ancêtres, non altérée, et les modifications de cette hérédité, résultant, chez le père et la mère, de changements, de dégénérescence, du climat, etc., et que, de l'union des deux, naît une force dont nous ne pourrons, à cause de la nature limitée de notre intelligence, jamais rien connaître. La fécondité de la race juive est simplement un fait relatif. Elle existe seulement lorsqu'on la compare au nombre des morts et à la population. Cette fécondité augmenterait probablement par des croisements avec d'autres races, et, par l'adjonction d'un nouvel élément, de nouveaux traits de caractère se développeraient. Le problème de la stérilité engendrée par des mariages « sans interruption dans la ligne de des-

cendance » est très facile à résoudre. Les coutumes, les mœurs et la manière de vivre qui conduisent à la faiblesse physique ou la pratique des rapports illégitimes, se perpétuent et, de génération en génération, le pouvoir procréateur s'affaiblit. Les germules tués par les habitudes vicieuses des ancêtres sont, de plus, affaiblis par les conditions étrangères d'une civilisation surmenée. Ils ont besoin d'une nouvelle vie, d'un nouveau sang, d'une nouvelle vigueur pour reprendre leur activité. Les mariages précoces sont une grande sauvegarde contre la stérilité.

Les extravagances de notre époque, les exigences sociales qui pèsent sur les femmes et l'état fiévreux dans lequel nous vivons empêchent les hommes de prendre une si grande responsabilité. Les hommes même qui ont de beaux traitements craignent d'unir leur avenir à celui d'une femme dont la jeunesse a été entourée de tout le luxe que la richesse peut procurer, ne pouvant lui offrir qu'une situation très inférieure à celle dans laquelle elle a vécu jusqu'alors.

La cherté de la vie, comparée au prix des salaires, ne peut pas être, en effet, plus grande que du temps de nos ancêtres, mais les nécessités qu'on s'impose sont infiniment plus nombreuses. Appréciant la puissance de l'argent, la génération actuelle n'en comprend pas la valeur, et ne fait ni sacrifice ni économie personnelle qui permettraient d'avoir un intérieur confortable avec un salaire moyen. Tant de jeunes hommes attendent un moment plus propice, un moment bien souvent purement idéal, où un fort revenu leur permettra de couvrir leur femme en perspective de pourpre royale et de soie précieuse. Le milieu de la vie les trouve encore travaillant autour de la roue de la fortune, le corps affaibli par les excès physiques et l'agitation intellectuelle. Ils épousent souvent des femmes que les fatigues sociales ont aussi rendues incapables d'avoir de beaux enfants, et le résultat est naturel. — Progéniture limitée et mal portante.

Il y a, dans un mariage précoce, une retenue salutaire qui laisse l'homme pur de plaisirs sensuels et qui inspire à la femme le désir d'une vie plus parfaite, plus saine et plus honorable.

Voici quels sont, selon moi, les facteurs moraux qui sont en jeu

dans la société et qui peuvent décimer la race humaine, si les ascendants n'embrassent pas de meilleures vues et de plus dignes pratiques.

L'état est la simple expression d'une agrégation d'individus. La stabilité de l'état dépend de l'intégrité individuelle. La stabilité de tous les états — c'est de toute race — repose finalement sur l'honnêteté individuelle. Nous pouvons faciliter une réforme très nécessaire par un effort bien dirigé ou la retarder par notre silence. Les réformes sont l'expression finale de la majorité contre les abus, mais les abus peuvent être tellement prononcés que chaque individu doit gémir sous le poids du fardeau avant qu'un allégement si général soit obtenu. Je sais que ma manière de voir sur certains problèmes économiques et politiques, rigoureusement en rapport avec ce sujet, diffère évidemment de celle de quelques hommes et de quelques femmes qui ont abondamment écrit et avec habileté sur le besoin de réformes à apporter dans les questions qui touchent au suffrage des femmes. Celui qui veut traiter cette question avec impartialité doit se débarrasser de ses tendances personnelles et être dirigé dans cette discussion par toute considération en rapport avec le sujet. La vie physiologique de la femme, ses rapports avec la société, comme femme et comme mère, la spoliation périodique opérée sur son organisme, son aptitude à certains travaux, et l'effet que ce suffrage pourrait imprimer aux générations futures, sont des questions de la plus haute importance. Quel était le but primitif de leur manière d'être distincte et caractéristique ? Chaque femme, comme M^me^ Mills le fait observer, n'est pas née pour être mère, mais, dans chaque cœur de femme, l'amour maternel règne en souverain, et celle qui n'est pas mère ne personnifie pas les attributions de son sexe.

Malgré elle, elle passera dans la vie avec le sentiment qu'il lui manque quelque chose. Le simple fait d'accorder à une femme le droit de voter ne porte pas en lui-même de sérieuses causes d'alarme et peut lui être donné sans crainte. Dans ses rapports avec la société, cependant, et en vue de l'effet final qu'il peut avoir sur la nature de la femme, et sur ses prérogatives spéciales, il se présente sous un tout autre aspect. L'influence de l'esprit sur le corps

est si puissante que les conditions intellectuelles de la vie sont des facteurs puissants dans la grossesse.

En cherchant à expliquer quelques conditions de stérilité, je me suis reporté à la théorie de la Pangénèse. La cause de toute hérédité psychologique est une hérédité physiologique. N'ayant pas une explication absolue de ce fait, dans l'état actuel de la biologie, nous en sommes réduits aux hypothèses. Darwin dit : « Nous devons considérer chaque être vivant comme un microcosme fait d'une multitude d'organismes capables de se reproduire eux-mêmes, d'une inconcevable petitesse et aussi nombreux que les étoiles du ciel.

« L'hérédité », dit Giron de Berzareingues « peut, même chez les animaux, s'étendre aux détails les plus bizarres. » Le *gemeingefühl*, ou le résultat d'un nombre infini de sensations, procédant des nerfs, des muscles, de la circulation et de la nutrition, en somme la notion universelle de l'existence est une transmission héréditaire. Montaigne, lui-même, dit que son antipathie pour la médecine était héréditaire. Beaucoup d'états étranges et de penchants doivent être attribués à la forme inconsciente qui étouffe toute conscience et toute pensée. Mais, comme dit Ribot, ces états spéciaux sont d'un caractère si indéterminé qu'il est tout à fait impossible de prouver leur transmission « lorsque, des sensations organiques répandues dans tout le corps, nous passons aux besoins et aux inclinations qui ont leur siège dans un organe spécial, il est facile de donner des exemples indiscutables de la transmission héréditaire des passions. » (Ribot) « La cause de l'hérédité, » dit Hackel, « est l'identité particulière des matériaux qui constituent l'organisme des parents et la division de cette substance au moment de la reproduction. » La transmission peut avoir lieu sans se développer, pour cela, comme dans les cas d'atavisme et d'hérédité de survivance, et ces cas sont bien expliqués par l'hypothèse de Darwin.

Les germules sont transmis à la seconde génération, mais ils sont mis en réserve et ne se développent que dans la troisième, ou pour se servir des termes mêmes de Darwin : « D'après notre manière de voir, nous devons seulement supposer que certaines

cellules peuvent se modifier, aussi bien dans leur structure que dans leurs fonctions et produire alors des germules modifiés de la même manière. » Ces germules possèdent une vie, une force et une tendance ; ils sont transmis par les parents à leurs descendants, et habituellement développés dans la génération immédiatement suivante, ou ils peuvent être transmis dans un état latent et ne se développer qu'à des périodes ultérieures. Ayant une mutuelle attraction les uns pour les autres, ils se réunissent et se fondent en germes et en éléments sexuels.

Quant à la question des mariages consanguins, elle donne lieu à un ardent débat. Ils ont été condamnés par les lois de Manou, par les lois de Moïse, de Rome, par les décrets des conciles chrétiens, et par les textes du Koran. Les anciennes lois des Perses et des Egyptiens permettaient les mariages entre les plus proches parents. En Syrie, depuis les temps les plus reculés jusqu'à la fin des Séleucides ils étaient communs. Les coutumes des Samocèdes, des Tartares, des Caraïbes, des Indiens américains, etc., d'un côté permettaient ces mariages, d'un autre les proscrivaient.

Darwin croit que les conséquences de ces générations résultant d'union entre parents, entretenues pendant longtemps, doivent en général amener la perte de la forme, de la vigueur et de la *fertilité*.

Prosper Lucas et le Dr Benlin condamnent sans réserve ces mariages consanguins. « L'histoire, dit Lucas, témoigne des désastreuses conséquences qu'ils ont pour l'homme. » « L'aristocratie obligée de recruter ses membres en elle-même, s'éteint, » écrit Niebuhr. Il ne serait peut être pas téméraire de voir un effet de consanguinité dans la chute prématurée des Lagides et des Seleucides.

Les Lagides de Ptolémée à Cléopatre et César (de 323 à 30) comptent seize rois, et les Séleucides, de Seleucus Nicator à Antiochus l'Asiatique (de 311 à 64) en comptent vingt. Ils ont souvent épousé leurs sœurs, leurs nièces et leurs tantes. D'ailleurs, lorsque les mariages n'étaient pas consanguins, ils se faisaient par alliances entre ces deux familles frappées de stérilité. Il est maintenant certain que ces races étaient dans un état de décadence perpétuelle

qui s'était accrue graduellement à mesure que le temps les éloignait de leurs deux ou trois premières familles. » (Ribot.)

Aux raisons contre les mariages consanguins on n'oppose que des cas exceptionnels. Le Dr Bourgeois a écrit l'histoire de sa propre famille qui était issue d'une union au troisième degré de consanguinité. Dans le cours de cent soixante ans, il y eut quatre-vingt-onze mariages dans cette famille, seize consanguins et il n'en résulta ni infirmité ni stérilité. Messieurs Voisin et Dalby citent aussi des faits semblables.

Il y a deux petites îles françaises, Batz et Bréhat, où les mariages consanguins sont très fréquents et cependant la population y est saine et vigoureuse. M. de Quatrefages, en essayant d'accorder les deux opinions dit (*Rapports sur les progrès de l'anthropologie*, p. 461) : « Les conséquences que nous pouvons tirer de ces faits me semblent être que la proche parenté entre père et mère n'est pas nuisible en elle-même, mais que, en vertu des lois qui régissent l'hérédité, elle peut souvent le devenir ; par conséquent, en vue des éventualités auxquelles expose la consanguinité, il est au moins prudent d'éviter les mariages consanguins. »

Les questions de la transmission héréditaire de la stérilité et d'autres caractères, de l'influence des mariages consanguins sur la stérilité et de la théorie de la Pangénèse, sont si pleines d'intérêt qu'il est difficile de rester dans les propres limites d'un article général. Chaque idée porte sur de nouvelles théories, et ces théories, dans toutes leurs ramifications, comprennent tant d'études accessoires qu'on pourrait remplir un livre rien qu'avec la question d'hérédité. J'ai seulement ébauché quelques traits de l'étude à laquelle quelque auteur plus compétent que moi pourra être conduit à se livrer.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 janvier 1884.— *Présidence de* M. GUÉNOT.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE met sous les yeux de la Société, des photographies représentant, dans leurs dimensions véritables, les deux pièces anatomiques curieuses extraites à la suite des opérations que, aidé de MM. Périer et Terrier, il a pratiquées pour une grossesse extra-utérine. Les opérations ont eu lieu à l'hôpital Tenon, le 6 juin et le 3 août 1883, et les femmes ont guéri rapidement, sans qu'il soit survenu aucun accident et sans que leur température ait dépassé 38 degrés chez l'une et 39 chez l'autre.

Dans le premier cas, la grossesse datait de quinze mois, l'enfant avait vécu jusqu'à terme ; il nageait dans une cavité purulente contenant environ six litres d'un pus fétide ; il pesait 1,500 grammes environ et mesurait 44 centimètres de longueur. Tout en ayant parfaitement conservé sa forme, il était déjà devenu friable ; néanmoins il put être extrait assez facilement.

Dans le second cas, la grossesse datait de vingt-six mois et l'enfant était absolument adhérent aux parois du kyste. Il ne put être enlevé qu'en partie, la totalité de la jambe gauche et tout le pied droit restèrent dans les parois du kyste et furent éliminés et extraits plus tard; leur fixité rendait dangereuses de nouvelles tractions. Les dimensions de cet enfant seraient de 38 centimètres, mais il faut tenir compte de l'attitude et des délabrements qui les rendaient forcément plus courtes.

Les deux opérées de M. Lucas-Championnière qui, avant l'intervention chirurgicale à laquelle elles ont été soumises, étaient dans un état très grave, avec fièvre hectique intense, ont recouvré tous les attributs de la santé.

Séance du 27 février 1884. — *Présidence de* M. MARC SÉE.

KYSTES OVARIQUES. — M. TERRILLON communique l'observation d'une femme de cinquante-deux ans qui était atteinte

d'un kyste ovarique dont il devait l'opérer, et qui est morte d'une hémorragie cérébrale. A l'autopsie, on a vu qu'il s'agissait d'un kyste du ligament large comprimant l'uretère du côté droit au point qu'il y avait une hydronéphrose. Contrairement à ce qu'on pensait, l'ablation de ce kyste aurait donc présenté les plus grandes difficultés.

M. Pozzi cite plusieurs faits qui montrent que dans tous les cas de tumeurs, liquides ou solides, enclavées dans le petit bassin, il faut redouter la compression des uretères, en rechercher le moindre signe et considérer cette complication comme une indication opératoire urgente.

(*Gazette des hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE.

Séance du 16 *février* 1884. — *Présidence de* M. Mathias Duval.

De l'origine de l'hymen. — M. Pozzi présente une jeune fille qui, tout en ayant une vulve bien conformée, munie d'un hymen normal, n'a ni vagin, ni utérus, ni probablement d'ovaires. Rapprochant ce fait de celui qu'il a présenté dans une précédente séance (hypospade avec un hymen) et de plusieurs pièces et moulages qu'il soumet aux yeux de la Société, M. Pozzi arrive aux conclusions suivantes :

1° L'hymen est une dépendance de la vulve et non du vagin ; cette membrane est formée aux dépens du sinus uro-génital qui forme aussi le court canal vestibulaire qui constitue le seuil du canal vaginal.

2° C'est par suite d'une fausse homologie qu'on a donné le nom de bulbe du vagin à la partie inférieure et renflée du riche plexus vasculaire qui occupe toute la hauteur du vagin, ainsi que l'a démontré M. Rouget. Il n'y a pas lieu de voir là un organe distinct et on ne saurait l'assimiler au bulbe de l'urètre de l'homme.

Les corps spongieux de l'urètre (homme) ne sont pas le résultat d'une formation analogue à celle des petites lèvres (femme). En effet, chez notre hypospade il existe à la fois des petites lèvres parfaitement caractérisées et des corps spongieux très marqués, quoique atrophiés sous forme de bride.

Les corps spongieux sont donc le résultat d'une formation spéciale le long du bord du sinus uro-génital, bord dont le revêtement externe se développe en grande lèvre et le revêtement interne en petite lèvre chez la femme (ou l'hypospade), tandis que, par sa soudure, il constitue chez l'homme le repli médian et la cloison des bourses.

3° Un examen attentif décèle chez la femme et plus visiblement chez la petite fille, dans la région vestibulaire, entre le clitoris et le méat, une petite bride large d'un demi-centimètre, reconnaissable à la netteté rectiligne de ses bords, marquée d'une rainure médiane et divisée inférieurement pour entourer le méat urinaire ; quand l'hymen existe, elle paraît se continuer manifestement avec cette membrane. Je propose d'appeler cette bandelette bride masculine du vestibule pour indiquer ses homologies.

4° L'étude de la bride balano-urétrale signalée dans les cas d'hypospadias révèle des connexions identiques pour cette grosse bride et pour la petite bride du vestibule féminin. Chez l'hypospade, il est clair jusqu'à l'évidence que la bride est un vestige du corps spongieux resté à l'état embryonnaire. Donc l'hymen de l'hypospade, dépendance de la bride, est aussi une dépendance du corps spongieux : il en est la partie terminale et renflée, le bulbe. Cette conclusion peut être rigoureusement appliquée à la femme en suivant pas à pas les connexions identiques. En conséquence, l'hymen chez la femme est l'analogue du bulbe de l'urètre chez l'homme. C'est le bulbe resté à l'état embryonnaire, non érectile et membraniforme à l'entrée du canal vestibulaire, transformation du canal uro-génital.

5° La bride masculine du vestibule chez la femme est le vestige de la portion antérieure ou cylindroïde des corps spongieux, de même que l'hymen est le vestige de leur portion postérieure ou ovoïde. Sa découverte et celle de ses connexions avec cette membrane comblent une lacune dans l'homologie des organes génitaux externes de l'homme et de la femme.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES.

Séance du 12 mars. — Présidence de M. LAENNEC.

CARCINOME DU SEIN. — M. HEURTAUX.

M. Heurtaux présente une tumeur de la mamelle, qu'il a enlevée chez une femme de 45 à 50 ans. L'examen histologique vint confirmer le diagnostic de carcinome porté avant l'opération. L'opérée qui avait tous les attributs d'une excellente santé, racontait que, sept mois avant, elle s'était violemment heurté le sein gauche. Elle ressentit une douleur très vive, et, dans la journée, une grosseur, ayant la forme d'une pelote, apparut à la partie supérieure du sein gauche. La tumeur augmenta rapidement de volume et revêtit bientôt l'aspect d'un carcinome en plaque. On peut se demander si le traumatisme a été la cause génératrice du néoplasme, ou bien si celui-ci préexistait au coup, mais ignoré jusque-là et rendu évident par la douleur du choc et l'épanchement sanguin qui le suivit. Ce qui porterait à admettre cette dernière hypothèse c'est qu'à la coupe on trouva les tissus infiltrés d'un liquide brunâtre qui n'était autre chose que du sang altéré. Quoi qu'il en soit, M. Heurtaux rappelle que les traumatismes ont une influence manifeste sur la production des tumeurs malignes. Cette influence, si elle peut être contestée quand elle s'exerce dans des régions où ces sortes de tumeurs se développent fréquemment, ne saurait être niée quand il s'agit de tumeurs malignes apparaissant à la suite d'un traumatisme dans des régions où elles ne se développent pas habituellement, à l'avant-bras, sur les parois latérales du thorax par exemple, comme il en a cité des exemples dans une dernière séance de la Société anatomique.

(*Gazette médicale de Nantes*).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Séance du 10 *mai* 1883. *- Présidence de M. le* D^r^ HERRENSCHMIDT.

M. J. BŒCKEL communique à la Société un cas d'ovariotomie ayant nécessité une incision transversale de l'abdomen (cette

observation sera publiée). Il eût désiré présenter la malade, mais n'a pas cru prudent de la laisser sortir par le temps humide et pluvieux d'aujourd'hui.

M. le docteur KIEN demande si la tumeur était très adhérente et fait observer que dans les nombreuses ovariotomies qu'il a vu faire par Kœberlé, jamais cet opérateur ne se vit réduit à inciser transversalement l'abdomen pour extraire la tumeur; il paraît préférable de lier le pédicule et d'enlever la tumeur par fragments; l'incision transversale expose à une éventration, et ce n'est qu'au bout de deux à trois ans que l'on peut avoir la certitude que cette complication est évitée.

M. J. BŒCKEL répond qu'il s'agissait d'une tumeur non adhérente, mais que la paroi abdominale était absolument inextensible, ce qui avait même rendu le diagnostic très difficile et fait croire un instant à la présence d'un fibrome. Du reste, il a déjà pratiqué une fois une incision transversale pour extraire un kyste anormalement placé et les résultats ont été bons.

M. J. BŒCKEL fait ensuite à la Société la communication suivante :

Le cas que j'ai l'honneur de vous soumettre, a trait à une grossesse extra-utérine. Il concerne la nommée Eva R., 31 ans, mariée, mère d'un enfant de 5 ans, plus deux enfants morts en bas âge. Pas d'antécédents morbides. Réglée à 16 ans et toujours régulièrement, jusqu'à Pâques de l'année 1881; à partir de cette époque, irrégularités dans la menstruation. En octobre 1881, symptômes de grossesse commençante: suppression des règles, vomissements, maux de reins, tuméfaction des seins. Mouvements du fœtus perçus en janvier 1882, du côté droit de l'abdomen. Le 2 janvier, péritonite, sans cause connue: tympanisme, douleurs intenses dans la fosse iliaque droite, s'étendant dans tout l'abdomen, nausées, vomissements, constipation. La péritonite tend à devenir chronique et ne s'amende que vers Pâques; à dater de ce moment, E. R. ne sent plus le fœtus. Quelques jours plus tard elle élimine par le vagin du sang, du muco-pus mêlé à des débris charnus. Cet écoulement dure 6 semaines; ensuite la malade se lève pour la première fois et va travailler au champ.

Son médecin, le docteur Vosselmann, ayant soupçonné une grossesse extra-utérine, désire avoir l'avis de M. le professeur

Aubenas, qui pratique le cathétérisme utérin et confirme le diagnostic de M. Vosselmann.

Le lendemain, Madame R. est derechef prise de péritonite. Elle s'alite pendant quelques semaines, se lève de nouveau dans le courant du mois de septembre; est reprise d'une nouvelle péritonite en octobre. Finalement elle entre à la Maison de santé des diaconesses, le 15 novembre dernier.

Etat actuel. — Femme chétive, profondément anémiée et cachectique, teint terreux, yeux caves, aspect squelettique; se traîne misérablement le long des meubles, pouvant à peine marcher. Apyrexie, pouls filiforme, respiration subfréquente; rien du côté de la poitrine. Nous la faisons coucher et constatons les détails suivants: Ventre modérément tendu; au niveau de l'ombilic il fait une saillie appréciable à la vue; la palpation révèle en cet endroit une tumeur globuleuse, dépassant le nombril de quatre travers de doigt en haut et en bas, et s'étendant à gauche à trois travers de doigt de la ligne blanche. A droite elle est séparée du foie par une zone d'intestin qui paraît être le colon transverse; elle descend de là dans le flanc droit, qu'elle n'occupe que dans les deux tiers de son étendue. En la comprimant légèrement, on perçoit une crépitation particulière mi-osseuse, mi-gazeuse. Vers l'ombilic, on sent des parties dures, dont on ne peut apprécier ni la forme, ni le volume. La masse la plus considérable occupe une ligne oblique allant de l'ombilic à la partie moyenne du ligament de Fallope, dont elle est distante de 5 centimètres. Le toucher vaginal révèle un col largement déchiré à gauche, normal d'ailleurs; l'utérus est incliné du côté droit.

Le diagnostic de grossesse extra-utérine, posé par mes savants confrères, ne me paraît pas douteux. Je rejette pour le moment toute idée d'intervention opératoire, vu l'état de faiblesse de la malade. Traitement tonique; alimentation substantielle. Repos au lit pendant quelques jours. Au bout de 3 semaines, l'état de Madame R. s'est notablement amélioré. Bien que très misérable, elle commence néanmoins à reprendre quelques forces; vers la mi-décembre, elle se promène dans les corridors de la Maison de santé. Vers le 25 décembre, elle expulse spontanément par le rectum une série d'osselets qui sont la clavicule droite, sept côtes, un tibia et un péroné. L'exploration

digitale du rectum permet de reconnaître et d'extraire successivement la portion pétreuse des deux rochers, l'omoplate droite, une portion de l'occipital; malgré l'examen le plus minutieux on ne trouve pas de communication entre la poche fœtale et l'intestin.

Les jours suivants, l'état de Madame R. ne s'améliorant pas, l'amaigrissement reprenant le dessus, on agite la question de la laparotomie et on se prépare à l'exécuter vers la fin du mois. Le plan conçu est le suivant : ouvrir l'abdomen, inciser la poche, la suturer aux téguments, en extraire le contenu et la désinfecter énergiquement, puis la drainer et faire guérir la plaie par suppuration.

Opération le 30 janvier. Présents : MM. les professeurs Aubenas et E. Bœckel; MM. les docteurs Lentz, de Metz, Scheffer, Garcin, Müller, etc., et M. Kaltenthaler pour la chloroformisation. Précautions antiseptiques ordinaires. Spray. Incision de 10 centimètres, dont le milieu correspond à l'ombilic. Le doigt, introduit dans l'abdomen, rencontre tout d'abord une série d'os dissociés qu'on extrait avec une pince à pansement ; ce sont les deux pariétaux, les deux frontaux, les deux temporaux, le maxillaire inférieur divisé sur la ligne médiane, des portions du maxillaire supérieur, quelques côtes, un tibia et un péroné, enfin quelques fragments osseux difficiles à reconnaître. Il n'y a pas de poche à proprement parler : vers l'extrémité inférieure du sac qui renfermait ces débris osseux, on pénètre avec l'index dans un diverticulum étroit ; à gauche, on découvre un diverticulum analogue, mais on n'en atteint pas la limite inférieure. Est-ce un diverticulum pur et simple, est-ce l'intestin? Ce sont là des points qui restent obscurs : les uns optent pour l'intestin, les autres pour un prolongement de la membrane d'enveloppe. Quoi qu'il en soit, l'odeur caractéristique de matières fécales qui s'exhale après l'ouverture de l'abdomen nous fait pencher pour la communication directe de l'intestin avec ce kyste fœtal. Le plan primitivement conçu de suturer la poche à la peau ne peut être suivi. Aussi l'on se contente de bien désinfecter la plaie avec une solution phéniquée faible. Drainage avec trois gros tubes de caoutchouc rouge, dont deux sont placés dans les diverticulums signalés et un troisième debout dans le sac ; suture partielle de l'incision abdominale.

Le soir. Temp. 37°.

Le 31. Temp. matin 38,2. Soir 38,7 ; vomissements, ballonnement du ventre.

Le 1er février. Temp. matin 38,5. Soir 37,7; météorisme généralisé.

Lavage de l'estomac avec le siphon évacuateur ; l'état général de l'opérée est grave ; décollements du côté gauche de la plaie nécessitant plusieurs contre-ouvertures. Drainage.

Le 2, la malade s'affaisse de plus en plus et meurt dans la nuit du 3 février.

Les renseignements fournis par l'autopsie, pratiquée par le docteur Pertick, démontrent que la poche fœtale est formée aux dépens d'adhérences anciennes du péritoine, ayant agglutiné plusieurs anses entre elles et formant au pourtour de la trompe de Fallope droite un kyste mal limité qui s'étend jusqu'au delà de l'ombilic. Les diverticulums signalés au cours de l'observation sont constitués par des anses d'intestin grêle, appartenant à l'iléon, et distantes de la valvule iléo-cœcale d'environ 1 mètre ; l'intestin, au niveau de ces diverticulums, est largement ouvert et communique par conséquent directement avec la poche fœtale. Péritonite suppurée presque généralisée. D'après M. Pertick la grossesse aurait été primitivement tubaire et le produit de la conception serait tombé ultérieurement dans la cavité abdominale, où il aurait occasionné ces poussées de péritonite signalées plus haut.

Voici le fait. Vous me demanderez maintenant, et c'est l'objection que j'attends, pourquoi je suis intervenu chirurgicalement et pourquoi, étant donnée l'élimination spontanée de quelques osselets dans le courant de décembre, je n'ai pas attendu l'élimination complète du fœtus. A cela je répondrai, me basant sur les faits connus jusqu'ici, que la plupart des femmes non opérées finissent par succomber tôt ou tard ; de fait, mon opérée était gravement menacée, elle était en proie à la fièvre hectique et ses jours semblaient comptés. De plus, l'examen du rectum, démontrant l'absence de communication directe avec le kyste, ne me permettait pas d'agir par cette voie ; l'hypothèse que la communication devait se trouver sur un point très élevé de l'intestin (fait vérifié à l'autopsie), l'absence de toute élimination de débris osseux pendant plus de six semaines et la crainte

de voir Mme R. s'infecter par cette voie, voilà les motifs qui m'ont décidé à intervenir. Sans doute, on cite des faits où des femmes, atteintes de grossesse extra-utérine ont résisté pendant des mois et des années, sans présenter le moindre trouble, mais, dans le cas actuel, il n'en était pas ainsi. Madame R. semblait condamnée à une mort certaine, et si j'ai agi, c'est pour lui offrir des chances de survie, qui ne se sont et qui ne pouvaient malheureusement pas se réaliser, étant données les lésions observées à l'autopsie.

M. le professeur Bœckel est étonné du siège élevé de la fistule intestinale ayant donné passage à des pièces multiples du squelette fœtal ; la communication entre la poche et l'intestin s'étant produite à un mètre au-dessus de la valvule iléo-cœcale, et il est remarquable que des fragments aussi considérables que le fémur et l'omoplate du fœtus aient pu circuler ainsi dans l'intestin et franchir la valvule sans produire d'accidents.

M. Goldschmidt demande pourquoi on n'est pas intervenu plus tôt. Une fois qu'on avait poussé l'expectation aussi loin, on devait, lui semble-t-il, attendre encore, plutôt que d'exposer à une opération grave une malade déjà absolument épuisée.

M. Strohl répond qu'il est remarquable combien ces fœtus extra-utérins sont parfois longtemps supportés sans produire d'accidents et que dans des cas pareils il ne faut jamais craindre de pousser l'expectation aussi loin que possible.

(*Gazette médicale de Strasbourg.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

LA PARTURITION DES FEMMES GALIBIS.

M. le docteur Boussenard a écrit à la *Revue scientifique* pour lui communquer des détails bien curieux sur la parturition des femmes Galibis, qu'il a observées chez les Indiens qui habitent, dans les Guyanes française et hollandaise, les rives du Maroni.

Quand la femme ressent les premières douleurs, elle quitte sa hutte, se traîne vers la crique la plus rapprochée, s'accroupit sur le sol et attend sans pousser une plainte l'instant de la délivrance.

Les douleurs paraissent être fort vives, mais leur durée dépasse rarement deux heures. Aussitôt que l'enfant a poussé son premier vagissement, la mère, qui dans ce douloureux moment n'a eu personne pour l'assister, se plonge dans les eaux glacées de la crique, se baigne largement, baigne son nouveau-né et reprend le chemin de sa primitive demeure.

Cependant les commères se pressent tumultueusement autour de la maison de laquelle s'échappent d'effroyables vociférations. Le médecin indigène frappe à tour de bras sur un tambour pour chasser le malin esprit. Nul ne semble faire attention à l'accouchée qui, à peine entrée dans son humble réduit, couche l'enfant dans son hamac de coton et se met en devoir de prodiguer des soins à un autre personnage qui hurle et se démène dans un autre hamac.

Ce personnage n'est autre que le mari !... Elle lui prépare un breuvage réconfortant appelé *matété*, remplaçant probablement « la rôtie au vin de l'accouchée » que prescrivent nos Lucines campagnardes. Le Peau-Rouge absorbe sa drogue, pousse de nouveaux gémissements, et s'endort au milieu d'une fumée épaisse produite par la combustion d'herbes odorantes, répandues à profusion par la femme sur le sol de la hutte. Puis elle vaque comme par le passé aux soins du ménage et accomplit sans la moindre défaillance les rudes corvées imposées par sa condition.

Pendant dix jours consécutifs, le mari se fait ainsi dorloter sans quitter un moment sa couche, se lamente, répond d'une voix entrecoupée aux doléances des visiteurs et affecte toutes les minauderies d'une petite maîtresse.

J'ai été personnellement témoin de ce fait, à deux reprises différentes, chez les Trouagues et les Galibis. Le docteur Leblond, Schombürck, le commandant Vidal et le regretté Crevaux l'avaient également constaté chez les Emerillons, les Roucouyènes et les Oyampis.

Il ne paraît pas d'ailleurs que cette singulière infraction aux règles les plus élémentaires de l'hygiène ait la moindre influence sur la mère et l'enfant. Au bout de dix jours, le mari quitte sa couche, et tout est pour le mieux dans le meilleur des mondes équatoriaux. Quant au nouveau-né, je n'ai pas remarqué la moindre exiguïté dans

sa conformation. Il m'a semblé absolument proportionné aux dimensions de ses parents.

(*Journal de la santé publique.*)

ARTÈRES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES. — LEURS RAPPORTS AVEC LES URETÈRES.

Par M. le docteur CHALOT.

M. le docteur Chalot a communiqué à la Société de médecine de Montpellier les résultats principaux de ses observations anatomiques. Toutes les pièces qu'il a préparées et présentées démontrent que l'utérus n'a, à proprement parler, que deux artères, les *utérines*. Celles-ci, en effet, volumineuses, présentent un calibre très large jusqu'au-dessous de l'insertion de la trompe, et c'est à ce niveau, à angle droit, que vient s'aboucher l'artère dite utéro-ovarienne ou spermatique dont le calibre est évidemment moindre. Cette dernière, analogue à l'artère spermatique de l'homme, se distribue à l'ovaire et à la trompe ; de même que chez l'homme, elle fournit la nutrition au testicule et à l'épididyme. Il en résulte qu'elle doit être nommée *tubo-ovarienne*, et que l'utérus n'a qu'une seule artère de chaque côté, artère qui caractérise le sexe.

L'artère utérine, *sans dissection préalable*, est située, non à distance, comme on l'a dit, mais tout près des bords de l'utérus, contiguë à ce dernier, et c'est là ce qu'il importe de ne pas oublier au point de vue pratique.

L'artère utérine, dans les cas d'hystérectomie, doit être liée ou serrée à 1 centim. ou 1 centim. 1/2 au plus en dehors de la partie moyenne du col, pour que l'uretère ne soit pas intéressé. Elle embrasse l'uretère de dehors en dedans, en décrivant une courbe à convexité antérieure et inférieure, et n'est éloignée que de 1 centimètre du cul-de-sac latéral du vagin. Pour la lier par la voie abdominale, on peut se servir du pli de Douglas comme point de repère : une anse de fil passée à 1 centimètre en dehors du col, immédiatement au-dessus du cul-de-sac latéral du vagin à 1/2 centimètre au-dessous du pli de Douglas, embrassera sûrement l'artère et toutes ses branches collatérales inférieures.

Parmi ces branches collatérales, l'une, née immédiatement en dehors de l'uretère, se porte au-devant du cul-de-sac antérieur du va

gin, l'autre à la partie moyenne du col, une autre au niveau de l'orifice interne.

La situation de l'arcade de l'artère utérine contre le vagin explique le pouls vaginal.

L'artère tubo-ovarienne doit être liée, dans la castration ou autre opération, contre l'extrémité externe de l'ovaire : sinon, en jetant la ligature plus en dehors, on s'expose à intéresser l'uretère.

Enfin, l'artère funiculaire s'anastomose à travers le ligament large avec l'artère tubo-ovarienne et l'artère utérine.

(*Montpellier médical*, 1883.)

DES KYSTES QUI SE ROMPENT DANS LA CAVITÉ ABDOMINALE

par WILLIAM GOODELL.

Ce travail repose sur l'observation de trois cas, où l'on avait cru avoir affaire à des kystes extra-ovariens et où ces kystes présentèrent une disposition particulière à se rompre par suite de la minceur de leurs parois et où le liquide se reforma rapidement dans leur cavité. Dans la première observation, il s'agit d'une femme âgée de 46 ans, mère de trois enfants, qui vint consulter l'auteur, le 26 juillet 1879. Elle portait une tumeur fluctuante de la grosseur d'une tête d'adulte, située dans le bas-ventre en avant de l'utérus. Le 25 septembre, aspiration de la tumeur et évacuation de près de 9 litres de liquide sanguinolent, que l'examen fit reconnaître comme non ovarien. Le 6 octobre, le kyste se remplit rapidement. Le 8 novembre, on allait procéder à une nouvelle ponction quand la malade se plaignit de coliques, et en explorant l'abdomen on ne découvrit plus trace de tumeur; le kyste s'était rompu, une heure auparavant, par suite d'un mouvement que la malade avait fait pour se baisser. Pendant quelques jours, elle accusa de violentes douleurs abdominales et elle urina très abondamment. Le 21 janvier 1880, on retira 11 litres de liquide ; le 13 février, il y eut une seconde rupture spontanée. On fit ensuite des ponctions les 21 mars, 21 avril, 18 mai et 18 juin, en retirant chaque fois de 9 à 12 litres de liquide. Elle alla passer l'été à la campagne, et là on lui fit deux ponctions après lesquelles le kyste se rompit deux fois. Revenue chez elle, on la ponctionna les 6 et 29 novembre et enfin on enleva la tumeur le 18 décembre 1880; la guérison se fit sans encombre. Ce kyste fut reconnu comme extra-ovarien ; il y avait

en 4 ruptures et 10 ponctions. Le liquide, au lieu d'être incolore et limpide comme celui des kystes de cette nature, présentait une teinte verdâtre.

Tandis que les kystes extra-ovariens se développent lentement et peuvent être guéris par une simple ponction, les kystes qui se rompent ont une tendance marquée à se reformer plusieurs fois. Les kystes ovariens peuvent se rompre par suite de compression ou d'ulcération et déterminer une péritonite suraiguë sous l'influence de leur liquide irritant. Aussi l'auteur fait remarquer qu'il est logique de penser que lorsqu'une malade se rétablit, après la rupture d'un kyste, c'est que cette tumeur était extra-ovarienne. (*Transactions of the American Gynecological Society*, vol. VI, 1881.)

PAUL RODET.

NOTE SUR CERTAINS CAS D'ÉPANCHEMENTS PELVIENS ABOUTISSANT A LA FORMATION D'ABCÈS

par G. LYMAN.

Le nombre des observations rapportées dans ce travail est de quarante-et-une. Les malades qui en font l'objet ont été soignées à City Hospital de Boston, de 1875 à 1880. Pendant cette période, l'auteur eut l'occasion d'observer 146 cas d'épanchements pelviens, parmi lesquels 41 seulement se terminèrent par des abcès. Le but de M. Lyman est de faire ressortir l'importance qu'il y a à pratiquer de bonne heure la ponction vaginale et de faire des irrigations phéniquées afin d'empêcher que ces collections purulentes ne se fassent jour à travers le rectum, la vessie ou l'aine. De cette façon, la malade court moins de dangers et guérit plus vite. Parmi ces 41 cas, il y en eut 11 qui s'ouvrirent spontanément dans le rectum et seulement 3 dans le vagin.

« Il est à peine nécessaire de dire que la simple présence d'un épanchement ne suffit pas pour autoriser une intervention chirurgicale.

« Si l'on intervient trop promptement dans le cas d'hématocèle ou de kyste extra-utérin, on arrive à provoquer la formation du pus, ce qu'il faut précisément éviter.

« Quand l'existence du pus est démontrée d'une façon absolue, l'intervention doit être la règle; et, dans les cas obscurs, il est très important d'arriver à faire promptement un diagnostic certain. »

Dans les cas douteux, l'auteur conseille de faire une ponction capillaire. Quand il y a une ouverture dans le rectum, il faut, si cela est possible, faire une contre-ouverture dans le vagin ; on pourra ainsi faire plus facilement le drainage et hâter l'oblitération de la fistule rectale.

« Dans tous les cas où l'écoulement est fétide, on arrivera rapidement à diminuer la douleur et à abaisser la température et le pouls en faisant des irrigations phéniquées, ou des lavages avec le permanganate de potasse et, si l'écoulement continue à être aussi abondant, l'application directe de teinture d'iode hâte la guérison. Quand les injections sont faites avec prudence, il y a moins de danger de rupture que si l'on abandonnait la maladie à elle-même. Si l'écoulement est inodore, il ne faut faire des injections dans le kyste qu'avec beaucoup de précaution, et à de plus longs intervalles, car la distention répétée du sac peut mettre obstacle à sa rétraction ou même déterminer une rupture. »

Sur les 41 cas qui sont rapportés, il y avait 28 femmes mariées et 13 célibataires. 32 recouvrèrent la santé et 9 moururent. L'aspiration par le vagin fut faite dans 24 cas et donna 22 guérisons ; l'évacuation par le rectum dans 7 cas avec 1 mort ; par le vagin dans 4 cas avec 1 mort ; aucune intervention ni ouverture spontanée dans 5 cas avec 4 morts ; dans 1 cas, l'ouverture se fit spontanément dans l'aine et le rectum : la malade mourut ; dans 1 cas elle se fit par le vagin et le rectum, et la malade guérit. (*Transactions of the American Gynecological Society*, vol. VI, 1881.) P. R.

(*Journal de médecine de Paris.*)

DES DÉCHIRURES DU COL UTÉRIN ET DE L'OPÉRATION D'EMMET.

Le Dr Meyer Léopold (*Jahresbericht*, de Virchow et Hirsch, année 1882, page 545) rend compte d'un voyage qu'il a fait en Amérique et s'appesantit surtout sur les changements apportés par Emmet, dans ses idées, sur la déchirure cervicale, la théorie de l'éversion et le traitement à y opposer. Roser et lui ont tous deux attiré l'attention des gynécologistes sur la fréquence de la lacération du col utérin à la suite de l'accouchement, et sur les conséquences que peuvent avoir pour les femmes la cicatrisation isolée des lèvres déchirées et leur

renversement en dehors. Il ne s'agit pas, bien entendu, de déchirures peu étendues, n'intéressant qu'une petite partie de la portion vaginale, mais bien de celles qui vont jusqu'aux insertions du vagin et même au-delà et surtout des déchirures latérales. Emmet, dans son dernier traité de gynécologie, donnait la théorie suivante :

Quand les femmes se relèvent après leurs couches, l'utérus encore augmenté de volume, plonge davantage dans le petit bassin. Les lèvres déchirées profondément et qui n'ont pas eu le temps de se réunir, sous l'influence du poids de l'organe, tendent à s'écarter l'une de l'autre. Cette séparation des lèvres devient une source d'irritation qui empêche l'involution de l'utérus, entretient la congestion ; le volume et le poids de l'organe en sont encore augmentés, les lèvres s'écartent davantage et se renversent en dehors, mettant en rapport avec le vagin la cavité cervicale jusqu'au voisinage de l'orifice interne.

D'après le Dr Meyer, l'expérience aurait appris à Emmet que cette théorie est défectueuse.

L'éversion n'a lieu suivant ses vues actuelles que quand la déchirure, allant jusque dans le tissu cellulaire qui double les culs-de-sac vaginaux, a entraîné une inflammation péricervicale. C'est cette paramétrite qui constitue le point essentiel de tout le mal. L'infiltration et l'induration du tissu cellulaire entraîne comme conséquence le versement des lèvres du col en dehors, empêche par là la guérison de la déchirure et force les deux lèvres à se cicatriser séparément. De là encore des troubles de nutrition dans le col et sa muqueuse ; la portion cervicale s'hypertrophie, devient le siège d'érosion, leucorrhée cervicale profuse, ménorrhagie dégénérescence kystique de la muqueuse, etc. Le tissu cicatriciel formé détermine une compression sur les terminaisons nerveuses et provoque par là un grand nombre d'influences réflexes sur les organes éloignés.

Roser en 1861 (*Das Ectropium am Muttermund, Arch. f. Heilk H Jahrg 2 H* 1861), avait déjà écrit cette affection sous le nom d'Ectropion cicatriciel. Les auteurs allemands ont conservé cette dénomination, et Hegar et Kaltenbach (*Die operative Gynækologie*, 1881, page 539) disent : « Quand la déchirure cervicale va jusqu'aux culs-de-sac et au-delà, elle se continue avec une cicatrice paramétrique. Que l'utérus vienne à s'abaisser et alors les lèvres du col se renverseront en dehors sous l'influence d'une traction exercée de toutes parts aux insertions vaginales. »

Quoi qu'il en soit, c'est bien à Emmet que revient l'honneur d'avoir

attiré l'attention sur l'importance étiologique de cette lésion et d'avoir inventé une opération plastique pour y remédier. Mais il en a été de cette opération comme de beaucoup d'autres. Elle a eu sa vogue. On l'a employée alors qu'elle n'aurait pas dû l'être. On trouvait toujours bien quelque déchirure du col à aviver et à suturer, et on croyait par ce simple procédé faire disparaître en peu de temps de vieilles affections utérines qui résistaient à la thérapeutique depuis des années. D'après le Dr Meyer, c'est l'opinion d'Emmet qu'elle a été faite trop souvent. Ce n'est que dans un nombre restreint de cas que la déchirure des lèvres du col exige la suture, après l'accouchement. Celle-ci est inutile pour tous les cas où le tissu utérin seul est intéressé. Même quand les culs-de-sac vaginaux et les tissus sous-jacents sont lésés, il n'y a pas lieu de suturer aussi longtemps qu'il n'y a pas de paramétrite. Si celle-ci existe, c'est elle avant tout qu'il faut traiter. Pour cela Emmet emploie les douches chaudes, aussi chaudes que la femme peut les supporter, et cela deux ou trois fois par jour. Il badigeonne deux ou trois fois par semaine le col et les culs-de-sac avec la teinture d'iode et applique par dessus des tampons de glycérine. Si tous les symptômes s'amendent, dans ce cas la suture est encore superflue. Mais si l'induration du tissu cellulaire péri-cervical résiste, s'il se forme un coin de tissu cicatriciel entre les lèvres du col, dans le fond qui les sépare, alors seulement il y a lieu d'enlever ce tissu de cicatrice et de procéder à la réunion par la suture des lèvres du col ainsi avivées.

Il ne doit plus y avoir de trace d'inflammation récente et toute sensibilité doit être éteinte autour du col utérin. Disons en terminant qu'avant de commencer l'opération, Emmet fait donner à la femme une irrigation vaginale très chaude. Par là l'hémorrhagie pendant l'opération est assez diminuée pour qu'il ait jugé bon de ne plus se servir de son tourniquet utérin.

Dr F. Fraipont.

(*Ann. de la Soc. Méd. Chir. de Liège. Journal d'accouchements.*)

POLYPE FIBREUX AVEC INVERSION PARTIELLE DE L'UTÉRUS

Par Thaddeus A. Reamy.

La malade qui fait le sujet de cette observation est une jeune fille de 28 ans, vierge, d'une constitution robuste ; réglée à 16 ans, elle l'a

toujours été depuis régulièrement jusqu'à l'âge de 28 ans. A partir de cette époque, les menstruations furent plus abondantes, se prolongèrent, et enfin devinrent ménorrhagiques. Dans l'intervalle, elle avait un écoulement irritant et se plaignait de douleurs abdominales et pelviennes. Son état général devint moins bon, elle pâlit, s'émacia, fut prise d'une toux presque continue et fut obligée de garder le lit. Au mois de février 1881, elle fut prise de douleurs comparables à celles du travail de l'accouchement qui revêtirent promptement un caractère paroxystique. Après avoir éprouvé pendant huit ou dix heures des douleurs expultrices, elle eut une hémorragie abondante, suivie de syncope ; quand elle revint à elle, ses douleurs avaient relativement disparu, mais elle éprouvait un sentiment de distension dans le bassin, et le périnée, avec pression sur la vessie et le rectum. En l'examinant, on découvrit une tumeur dans le vagin qui fut considérée comme un utérus inversé ou comme un fibrome ; cependant cette dernière opinion prévalut. Sous l'influence d'injections astringentes et d'un régime tonique, la malade put aller à Cincinnati, c'est-à-dire faire 60 lieues en chemin de fer.

Le Dr Reamy constata une tumeur située dans le vagin qu'elle remplissait tellement qu'il était impossible de faire une exploration convenable.

Son volume fut considéré comme presque égal à celui d'une tête fœtale à terme et il était très difficile de la repousser un peu en haut ; on n'y arrivait qu'à l'aide d'une pression assez forte. Elle était indolente, mais saignait au moindre toucher. On administra de l'éther à la patiente et en introduisant deux doigts dans le rectum, tandis que de l'autre main on déprimait la paroi abdominale, on put ainsi explorer le fond de l'utérus, qui parut être ovoïde et non cupuliforme.

Par le vagin, on constata que le col entourait un pédicule très court et épais d'environ 5 centimètres. On posa alors le diagnostic de polype fibreux, mais l'on ne reconnut pas l'inversion partielle de l'utérus.

On passa la chaîne de l'écraseur autour du pédicule, mais celle-ci se trouvant tordue se rompit fort heureusement, sans quoi le fond de l'utérus aurait été sectionné. On excisa le polype avec des ciseaux et on examina ensuite la région opérée. La sonde pénétrait à 4 centimètres de profondeur : le pédicule était convexe et ne présentait pas la même texture que la tumeur, ce qui rendait désormais le diagnostic absolument clair. On introduisit la main dans le vagin et l'on replaça la portion d'utérus inversé. La patiente resta au lit une semaine, au

bout de laquelle elle put retourner chez elle. Depuis elle s'est toujours bien portée. (*Transactions of the American Gynecological Society* et *Journal de médecine de Paris.*)

UN FRAGMENT DE CHANDELIER DANS L'UTÉRUS CHEZ UNE ALIÉNÉE

Par le Dr E. HJERTSTROM.

Ouvrière de 49 ans qui, depuis la puberté, a eu des attaques de manie périodique avec des intervalles tout à fait lucides. Quoique célibataire, elle est mère de trois enfants. Après un séjour à l'hôpital d'Hernosand, en 1882, elle dut entrer en traitement pour un écoulement vaginal abondant et fétide.

L'examen de l'utérus fit voir un col couvert de granulations et irrité par une sécrétion qui venait de la cavité utérine : l'exploration de cette cavité avec la sonde y fit reconnaître l'existence d'un corps métallique. La malade ne pouvait admettre qu'elle eût un corps étranger dans la matrice. Néanmoins, l'extraction était indiquée, et, après la dilatation du col, le médecin put extraire une pièce de laiton qui s'était logée dans la partie supérieure de la cavité utérine. Ce corps métallique était une bobèche dont le tube, se fixant dans le chandelier, mesurait 0 m. 015 de long et 2 centimètres de diamètre et dont la couronne atteignait 4 centimètres de diamètre.

La malade ne sait comment cette bobèche pouvait se trouver dans sa matrice : les règles ont cessé il y a cinq ans, et le dernier accouchement date de douze ans. Elle ne se souvient pas d'avoir eu de symptômes de paramétrite ; elle a eu quelques coliques utérines, surtout dans ces derniers temps.

Comment et à quelle époque ce corps a-t-il été introduit dans l'utérus ? Après le dernier accouchement, avant que la matrice fût revenue sur elle-même ! C'est peu probable. On pourrait plutôt croire que la pièce s'est détachée d'un chandelier introduit dans le vagin par érotisme et qu'elle a été saisie et retenue par l'utérus se contractant pendant ces excitations mécaniques.

(*Hygiea*, 1883, *Revue médicale* et *Paris médical.*)

DES CANAUX DE GARTNER CHEZ LA FEMME.

Depuis que Gartner a découvert les canaux qui portent son nom et qui ont une si grande importance en embryologie, chez les ruminants et les porcs, on ne les a retrouvés chez aucun autre animal. Le docteur Kocks a trouvé sur le cadavre deux petits canaux ténus, qui sont situés sur le bord du canal de l'urètre de la femme, que l'on observe constamment, et qui lui paraissent être les analogues des canaux de Gartner chez la femme. Ces canaux, homologues des conduits éjaculateurs de l'homme, ne peuvent avoir une grande lumière ; il sont très ténus et il faut les chercher plus près encore de l'orifice de l'urètre chez la femme que chez la truie. En effet, sur le bord postérieur de l'orifice de l'urètre, dans 80 cas sur 100, on rencontre deux petites ouvertures cachées dans la muqueuse, qu'on découvre en faisant glisser une sonde très fine sur la muqueuse. Ces ouvertures laissent pénétrer une sonde de 1 millimètre à la profondeur de 5 millimètres, et souvent jusqu'à 2 centimètres.

Ces ouvertures sont souvent dirigées vers l'orifice urétral, qu'on est obligé d'écarter pour les apercevoir.

Le plus souvent, les orifices se trouvent sur les petits replis muqueux qui limitent d'habitude à droite et à gauche l'orifice de l'urètre.

En disséquant le canal de l'urètre, on les aperçoit fort bien, et il en est de même dans les préparations conservées dans l'alcool.

Chez les filles nouveau-nées, ces canaux sont relativement plus larges, mais absolument plus étroits que chez les adultes.

Nous n'entrerons pas dans les détails accumulés par l'auteur pour rendre sa découverte plus certaine. Le résultat auquel ces recherches l'ont conduit est un succès anatomique. Au point de vue thérapeutique, cette découverte ne peut avoir d'importance, et nous n'en aurions pas parlé si nous n'avions tenu à faire connaître au lecteur un fait qui a réveillé l'attention en Allemagne, et qui, croyons-nous, n'a pas encore été rapporté en France.

D. R.

(*Journal de thérapeutique.*)

UN CAS D'ÉPISPADIAS CHEZ LA FEMME.

Le docteur Froinmel décrit un cas d'épispadias chez la femme opérée par Schrœder qui diffère des cas observés précédemment, en ce qu'une petite portion de l'urètre était conservée; on trouva aussi un petit sphincter se contractant imparfaitement et uni à la muqueuse postérieure de l'urèthre ; du mont de Vénus partait un sillon assez large qui allait de l'orifice vulvaire à l'orifice uréthral ; les lèvres grandes et petites étaient séparées largement en haut et le clitoris était fendu en deux moitiés. La femme avait 26 ans ; et depuis son accouchement souffrait d'un prolapsus de la partie antérieure du vagin. Elle fut opérée; on fit la colporaphie antérieure et l'épispadias fut guéri en avivant les tissus, au moyen d'un lambeau triangulaire et en réunissant les deux côtés. Le sommet du triangle était au mont Vénus, les deux autres angles étaient chacun dans une des moitiés du clitoris, à la base, l'urètre fut refait de la même façon que le rectum dans la périnéorraphie, et en rapprochant les deux côtés du triangle, on fit disparaître le sillon. La réunion se fit par première intention, et l'auteur dit que le succès couronna l'opération.

(*Centralblat für med. Wissensch. — Philad. med. Times* 1883.)

DE LA BROMOMÉNORRHÉE OU MENSTRUATION FÉTIDE

Par le Dr WILTSHIRE, médecin-accoucheur au Saint-Mary's Hospital, de Londres.

Les conditions anormales amenant le développement de cette affection se divisent en deux classes principales : celles qui sont dues à l'état général, et celles qui résultent d'une lésion locale ; ces deux ordres de causes peuvent d'abord se réunir sur le même sujet.

Les altérations de l'état général sont la chlorose et les autres dyscrasies du même ordre. Dans la chlorose, quand la menstruation n'est pas supprimée, elle est d'ordinaire peu abondante. Le plus souvent le liquide excrété est pâle, et parfois même verdâtre. C'est alors qu'existe l'odeur fétide, peu prononcée souvent, et disparaissant avec l'écoulement. La mauvaise odeur résulte de la décomposition des éléments sanguins, et lorsque, malgré son peu d'abondance, le liquide sort difficilement, il y a commencement de décomposition et la coloration verte est due à l'altération de l'hémoglobine.

Les altérations du sang, autres que la chlorose, amènent probablement les mêmes déviations fonctionnelles.

Il est intéressant à noter que la sécrétion de l'ozène devient plus fétide encore au moment du flux menstruel, les vomissements des femmes sujettes aux hématémèses prennent, à ce moment, une odeur spéciale rappelant celle des règles.

Les causes locales de cette infirmité sont variées. — 1° La rétention probable et la décomposition des caillots, des débris, par un obstacle mécanique, sténose ou flexion de l'orifice utérin, ou inertie de cet organe, pour expulser les caillots. — 2° La nature du flux menstruel, quand existent certaines conditions morbides de l'organe, polypes, subinvolution siégeant au lieu d'implantation du placenta, après les avortements ou la rétention du délivre ; quand il y a des papillomes développés sur l'endo-muqueuse utérine, dans les cas de sarcomes, épithéliomes, corps fibreux, et autres tumeurs intra-utérines, si l'écoulement n'est pas assez abondant pour entraîner les débris d'exfoliation de la muqueuse de l'intérieur de l'utérus.

Quand la rétention semble due à un défaut d'expulsion, il faut donner les ocytociques, tels que quinine, cinnamone, borax, viorne et médicaments similaires. S'il n'existe pas une maladie notoire du sang, le praticien songera à un obstacle local, et se livrera à l'examen, s'il est possible.

Quand il y a subinvolution au point d'insertion placentaire, il faut, en outre, donner à l'intérieur des préparations astringentes, le fer, la noix vomique et l'arsenic.

Les cas les plus rebelles sont dus à la maladie de l'endo-muqueuse utérine. Quand, chez une femme d'âge moyen, saine jusqu'alors, on voit survenir un écoulement nauséabond, on doit le regarder comme l'avant-coureur d'un cancer ; et malheureusement, les pauvres malades ne réclament des soins qu'au moment où leur état est au-dessus des ressources de l'art. La nature du liquide excrété fait d'ordinaire reconnaître les polypes et les autres tumeurs.

Quand cela est possible, il faut extirper ces tumeurs ; le papillome sessile doit être enlevé par érosion au moyen de la curette, puis cautérisé soit avec l'iode, soit avec les acides chromique ou nitrique, ou plus rarement le cautère actuel. Les récidives ne sont pas rares ; il faut autant que possible faire l'examen microscopique, qui souvent permettra d'établir le pronostic.

Outre le traitement chirurgical, dans les cas de bromoménorrhée,

suite de chlorose, on obtient les meilleurs résultats de la médication tonique et, en particulier, de l'iodure de fer, qui amène la reconstitution du sang. Dans tous les cas, on peut administrer l'acide borique, les sulfo-carbonates, la salycine, la quinine et l'iode à l'intérieur pour diminuer l'état fétide.

Les applications de glycérine unie à l'acide borique, de teinture d'iode étendue, d'acide carbolique, peuvent être employées avec succès. L'iodoforme mêlé à l'huile d'eucalyptus donne aussi un bon résultat. (*Med. Times and Gazette*, 11 *nov.* 1882, et *Concours médical.*)

UN CAS FORT CURIEUX.

Sous ce titre, l'*Australasian Medical Gazette* emprunte à un journal de la Nouvelle-Zélande, du 23 février 1883, la relation du fait suivant qui s'est passé à Warsaw (Varsovie. — S'agit-il de la capitale de la Pologne ou d'une ville de même nom située dans la Nouvelle-Zélande — N. du Trad.) Une dame était morte dans des circonstances telles que le bruit s'était répandu que la mort avait été causée par les mauvais traitements que son mari lui avait fait subir. En conséquence, plusieurs semaines après l'enterrement, on exhuma le cadavre et l'on constata qu'un enfant parfaitement viable avait été mis au monde. La *Gazette* rappelle à ce propos deux cas analogues rapportés l'un dans la *Medical Gazette*, t. 46, p. 713; l'autre dans *Casper's Vierteljahrschrift*, 1861, p. 186. Le rédacteur de la *Gazette* exprime toutefois l'avis qu'il s'agit dans le cas présent plutôt d'un cas de mort apparente, et que la femme, après avoir été enterrée, donna le jour à l'enfant pendant qu'elle se trouvait dans cet état.

Si cependant la mort avait réellement eu lieu, la naissance devait s'être produite immédiatement après le décès et avant que l'utérus eût perdu sa contractilité musculaire; cela ne pouvait être possible que si le corps avait été mis en cercueil avec beaucoup de précipitation.

Dans une lettre adressée au *Médical Record* (auquel nous empruntons la relation de ce cas, n^os des 7 et 21 juillet), le docteur Tayfor rappelle à ce propos l'opinion d'un médecin légiste anglais, Tidy (t. I, p. 71-72), d'après lequel il n'est pas nécessaire qu'il y ait des contractions utérines pour que l'expulsion du fœtus se produise : le

développement des gaz dans l'abdomen suffit pour opérer cet acte.

Le docteur Aveling rapporte six cas recueillis dans la littérature où l'accouchement eut lieu spontanément après la mort ; dans un cas, l'enfant était en vie.

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

DE LA GEMME DU PIN MARITIME

Les conifères forment une des plus intéressantes familles botaniques. Les arbres que renferme cette famille atteignent souvent une taille colossale et sont tous doués d'une constitution robuste, malgré la rapidité de leur croissance. Les conifères fournissent des espèces très nombreuses et très variées ; l'un des plus remarquables est le pin maritime qui peuple tout le sud-ouest de la France sur les bords de l'Océan, depuis l'embouchure de la Gironde, jusqu'au fond du département des Landes.

C'est au point de vue thérapeutique surtout que le pin maritime a beaucoup d'importance. En effet, il découle de sa tige, spontanément, ou à l'aide d'incisions faites dans l'épaisseur de son écorce et de son bois, une substance oléo-résineuse, semi-liquide, visqueuse, transparente, d'une saveur amère à laquelle on a donné le nom de gemme.

La gemme contient à peu près 12 p. 100 d'huile essentielle qu'elle peut rendre par la distillation. Il reste alors une matière solide, sèche, résineuse à laquelle on donne le nom d'*arcanson*. Sous l'influence de l'oxydation, l'huile essentielle de la gemme se transforme en acide pinique et acide pimarique. Introduite dans les voies digestives, la gemme produit des effets physiologiques qui participent à la fois des propriétés de l'huile essentielle et de la substance résineuse qui entre dans sa composition, effets atténués par cette union même, et qui rendent son emploi très efficace et sans aucun danger.

La gemme du pin maritime est le meilleur médicament à employer dans le traitement des affections catarrhales. Sa supériorité sur le goudron n'est pas contestable. Elle produit une légère stimulation du système nerveux qu'accompagne toujours un accroissement d'activité de la circulation, de la respiration et des fonctions de la peau.

La partie résineuse s'oxyde dans le sang et est rejetée par la voie urinaire en faisant subir aux organes éliminateurs une action décongestionnante et anticatarrhale qui soulage et guérit les affections de la vessie et des reins ; en même temps l'huile essentielle est rejetée par les poumons et par les pores de la peau, modifiant ainsi très rapidement les sécrétions dans la bronchite chronique, la toux, le catarrhe, l'asthme, la phthisie pulmonaire, et rendant les plus grands services dans le traitement du catarrhe des parties génitales chez les femmes.

On ne comprend pas que la thérapeutique ait jusqu'à ce jour fait un si rare usage de la gemme quand elle emploie si fréquemment le goudron qui lui est bien inférieur. Le docteur Pereira, qui jouissait autrefois d'une juste notoriété dans le département de la Gironde, s'est efforcé de vulgariser l'emploi de cet excellent médicament ; il y a réussi, bien que la préparation qu'il recommandait fût difficile à faire et défectueuse. M. Lagasse, qui a fait de nombreuses études sur les produits du pin maritime, est parvenu à emprisonner la gemme à l'état de nature dans de petites *capsules*, et à en rendre ainsi l'emploi très facile. Ces capsules sont parfaitement tolérées par l'estomac et ne lui imposent aucune fatigue, ce que l'on ne saurait dire du goudron dont l'emploi prolongé amène toujours de l'irritation d'abord, et bientôt de l'affaiblissement. Les capsules de gemme agissent donc puissamment sur toutes les affections catarrhales sans altérer à aucun degré les organes qui l'absorbent. Elles se prescrivent à la dose de quatre à six par jour, deux ou trois avant chaque repas.

M. Lagasse, pour répondre aux besoins des personnes qui ne savent pas avaler les capsules, prépare l'*hydro-gemmine*, eau de pin gemmé très concentrée, contenant absolument les mêmes éléments que les capsules.

L'eau de pin gemmé est en très grand honneur dans les hôpitaux de Bordeaux, elle y est prescrite depuis longtemps comme tisane commune dans les salles des fiévreux où la tuberculose, la bronchite chronique et les catarrhes bronchiques abondent.

Un flacon d'hydro-gemmine mélangé à l'eau ordinaire permet de produire six litres de cette précieuse eau de pin gemmé qu'on prend aux repas, pure ou mélangée au vin.

Etendue d'eau dans cette proportion, l'hydro-gemmine possède encore des propriétés doucement hémostatiques qu'il est utile de signaler et qui conviennent admirablement pour prévenir les hémorrha-

gies passives des bronches, des poumons et de la muqueuse gastrique.

On prescrit aussi l'hydro-gemmine de la manière suivante : une cuillerée à bouche dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée ou dans une tasse de lait ; ainsi préparée, elle se prend à la dose de trois à quatre cuillerées à bouche par jour.

Enfin, poursuivant, toujours dans la même direction, ses études sur les propriétés du pin maritime, M. Lagasse a préparé la *gemme saponinée*, médicament employé uniquement pour l'usage externe. Ce médicament rend les plus grands services dans le traitement des ulcères et des plaies qu'il désinfecte immédiatement et dont il hâte la cicatrisation chaque fois qu'elle est possible. Dans des cas moins graves, il s'emploie avec succès dans le traitement de la plupart des maladies des femmes, particulièrement dans la leucorrhée, les ulcères du col ou du canal de l'utérus, l'endométrite purulente, la vaginite, enfin dans tous les cas de métrite chronique avec flux morbide, et toujours sans aucun danger.

La gemme saponinée Lagasse s'emploie ainsi pour les pansements : on la coupe par moitié ou trois quarts d'eau suivant l'état plus ou moins grand de sensibilité ou d'irritation de la plaie. Lorsqu'il s'agit de modifier l'état de sécrétion de la matrice, provenant d'ulcérations ou de flueurs blanches, on ajoute deux à quatre cuillerées à bouche de gemme saponinée à chaque litre d'eau tiède destinée aux injections. Pour ce dernier usage, la gemme saponinée possède un autre avantage inappréciable, c'est l'odeur balsamique agréable qu'elle dégage.

Il eût été désirable peut-être de donner plus de développement à une semblable étude, mais cet exposé suffira à donner la confiance que la gemme de pin maritime, désormais mieux connue, occupera bientôt dans la thérapeutique la place qui lui est due et qu'ont usurpée la térébenthine et le goudron.

MOYENS DE FAIRE REPARAITRE LA SÉCRÉTION LACTÉE. — E. LABBÉE.

Quand la sécrétion lactée tarde à s'établir chez la femme qui vient d'accoucher, ou quand cette sécrétion s'est tarie par suite d'une impression morale, d'un sevrage forcé ou prématuré, on peut essayer

de divers moyens pour la rappeler. Des cataplasmes de feuilles de ricin appliquées sur la mamelle, jusqu'à ce qu'elles aient perdu leur humidité, des fomentations pratiquées à plusieurs reprises avec la décoction de ces mêmes feuilles onf réussi dans certains cas. La succion du mamelon constitue le moyen galactagogue par excellence. Enfin, l'électrisation est un adjuvant qui mérite d'être pris en sérieuse considération. On comprime doucement la glande mammaire entre deux excitateurs à éponges mouillées, et on la fait traverser par un faible courant de 10 à 15 minutes de durée. Les séances d'électrisation peuvent être renouvelées deux fois par jour. Dès les premières, les seins gonflent, des veines bleuâtres apparaissent à leur surface, et des gouttes de lait s'échappent du mamelon. (*Union médicale*).

UTILISATION DE LA TOURBE POUR LE TAMPONNEMENT DU VAGIN

Par le Dr LEISRINK, de Hambourg.

(*Deut. mediz. Zeitung*. Année 1883. N° 31.)

Nous avons déjà parlé des essais qui ont été faits en Allemagne, pour faire servir la tourbe au pansement des plaies. M. Leisrink a fait mieux : il a utilisé la tourbe pour le tamponnement du vagin ! A cet effet, il remplit avec de la tourbe des sachets cylindriques confectionnés avec de la gaze ordinaire, sachets qui ont de 4 à 5 centimètres de diamètre ; ils sont subdivisés en un certain nombre de compartiments au moyen de coutures, pour éviter que leur contenu ne se tasse. On rend ces tampons antiseptiques, en saupoudrant leur surface d'iodoforme, d'acide borique, ou en les imprégnant d'une solution de sublimé. L'introduction des tampons dans le vagin se fait sans difficulté, et leur emploi a donné de bons résultats à la suite d'opérations pratiquées sur la matrice, dans des cas de métrorrhagies, et dans les affections du col réclamant l'emploi des topiques.

DE L'ALETRIS FARINOSA COMME TONIQUE DE L'UTÉRUS

Par J.-P. DUNCAN.

Le docteur J.-P. Duncan, de Waynesbourg, s'étonne que l'Aletris farinosa ne figure dans la pharmacopée américaine qu'à titre de

médicament non officiel, comme un tonique amer à petites doses et un émèto-cathartique à haute dose.

Or, dit-il, je puis avancer sans craindre la contradiction que l'Aletris farinosa est un tonique de l'utérus supérieur à tous ceux qu'on a préconisés jusqu'ici. L'auteur s'en est servi dans les cas de dysménorrhée accompagnés de douleurs irrégulières, d'aménorrhée ou de ménorrhagie, et il en est encore à attendre son premier insuccès. Son collègue, le docteur Johnston et lui, ont, l'année dernière, employé près de deux litres et demi de teinture d'Aletris farinosa, et toujours la dysménorrhéique en a obtenu un soulagement.

Quand, depuis plusieurs années, la malade n'a pu mener ses grossesses à terme, l'usage longtemps continué du médicament a pu permettre une heureuse gestation.

Dans deux ou trois cas où la femme n'avait pu concevoir dans un laps de temps de cinq à quinze ans, par suite de ce fonctionnement irrégulier de l'utérus, l'emploi de l'Aletris farinosa lui a permis d'avoir des enfants vigoureux et sains.

L'Aletris farinosa, employé dans les cas où il est réellement indiqué, se montrerait un des agents les plus précieux comme modificateur et tonique utérin. La dose est d'environ 10 gouttes d'extrait fluide, trois fois par jour, à continuer pendant deux ou trois mois et quelquefois pendant toute la durée de la grossesse. (*Aletris farinosa asa uterine tonic. The therap. Gaz.*; aug. 1883, et *Union médicale.*)

TRAITEMENT DE L'HÉMORRHAGIE POST-PUERPÉRALE.

Par le Dr Percy Boulton, médecin à l'hôpital du Samaritain, de Londres.

Pour arrêter l'hémorrhagie, l'accoucheur, aussitôt la sortie de l'enfant, saisira solidement de la main gauche l'utérus, tandis que, de la droite, il extraira le placenta. S'il est entier et suivi de ses membranes, on donnera aussitôt à boire l'infusion d'ergot, en continuant de serrer l'utérus dans la main, durant une demi-heure, et on appliquera sur l'abdomen un bandage qui l'embrasse étroitement. Le délivre est-il au contraire retenu dans l'utérus contracté en sablier, il faut l'extraire avec la main. Si l'hémorrhagie persiste, on videra l'organe des caillots qui s'y trouvent, et par le massage et des frictions, on tâchera d'amener des contractions, et en même temps, on injectera sous la peau de la cuisse ou de la fesse, vingt gouttes d'une solution d'ergo-

tine, qui agit beaucoup mieux par cette voie. En même temps, on tiendra la malade la tête basse, la température de l'appartement fraîche ; dans les cas ordinaires, ces moyens suffiront.

Mais si, malgré l'ergot à l'intérieur et en injections hypodermiques, les excitations externes de l'utérus n'ont rien produit, que l'organe reste mou et que l'hémorrhagie continue, le galvanisme serait alors un moyen très efficace, mais on n'a pas souvent d'appareil sous la main. Le froid, la chaleur, les injections intra-utérines de teinture d'iode ou de fer, et en dernier lieu, la transfusion, sont les moyens qui doivent fixer le choix du praticien. Les moyens auxiliaires sont des injections d'éther sulfurique, la compression de l'aorte abdominale avec bandage fortement serré à la racine des membres. Par ces diverses manœuvres, on tente de relever l'énergie du système nerveux utérin, qui, seul, peut amener la contraction musculaire et, par conséquent, arrêter l'hémorrhagie, en rétrécissant assez les sinus pour amener la formation d'un caillot obturateur.

On introduit ensuite dans le vagin et la matrice, on applique sur l'épigastre, de la glace en nature, des linges imbibés d'eau glacée, pour exciter la fibre musculaire quand elle n'a pas perdu toute énergie. Mais si, au contraire, l'épuisement est extrême, le Dr Boulton préfère les injections d'eau très chaude, additionnée d'un quart de son volume de perchlorure de fer. Ce traitement, malgré son énergie, lui paraît légitimé par l'urgence, et plus d'une malade, d'après lui, lui doit la vie.

Dans le cas où, en dépit de tous les efforts, la syncope fatale est imminente, la masse du liquide sanguin trop faible pour exciter les battements du cœur, les sources centrales d'énergie nerveuse cessent d'agir. Après avoir élevé les pieds de la malade plus haut que sa tête, lié les membres à leur racine, appliqué sur le cœur un sinapisme, fait avaler, si possible, une forte dose d'opium et d'alcool, ou bien une injection hypodermique de quelques gouttes d'éther sulfurique, il faut se préparer, si tous ces moyens échouent, à pratiquer la transfusion qui donne 50 % de succès, et cela tant que le cœur de la malade bat encore, tant qu'elle respire.

Pour cette importante opération, la méthode la plus simple doit être préférée à tous les appareils perfectionnés dans lesquels le sang privé de sa fibrine, et il l'est toujours imparfaitement, peut laisser des agglomérations fibrineuses, appareils d'un nettoyage difficile à faire. On doit laisser pour les études de laboratoire la transfusion d'artère à

artère, trop difficile, mais il faut préférer la transfusion de veine à veine.

A défaut de sang humain, on a employé le sang de mouton, une solution de sel de cuisine; on a même employé l'eau chaude avec succès et produit ainsi sur le cœur l'action dynamique cherchée.

On introduit dans la veine de la malade une canule fixée à un tube muni d'un entonnoir. Pour augmenter la pression, il suffit d'élever l'entonnoir. Il va sans dire qu'on aura préalablement fait passer dans le tube muni, à son point d'union avec la canule, d'un robinet, une solution alcaline faible, pour chasser l'air.

L'opération s'effectue ainsi par un appareil simple et peu coûteux; l'eau salée et même l'eau chaude simple ont donné de bons résultats. On ne doit donc plus laisser mourir une seule femme d'hémorrhagie, sans avoir essayé la transfusion. (*Med. Times and Gazette*, 5 mai 1883.)

(*Le Concours médical.*)

FORMULAIRE

Traitement du catarrhe cervical par la dilatation et les applications d'iode.

(J. Chéron.)

Le catarrhe cervical existant seul, c'est-à-dire représentant toute la maladie, s'observe parfois, mais plus fréquemment il est symptôme de l'endométrite cervicale (endométrite muqueuse) qui détermine l'hypertrophie des glandes et des papilles et souvent la desquamation de la muqueuse.

La présence du bouchon gélatineux que l'on trouve, en permanence, dans le canal cervical, est une cause avérée de stérilité.

Dans l'endométrite cervicale (endocervicite) la persistance de l'hypersécrétion qu'on parvient si difficilement à réprimer favorise l'évolution de l'ectropion d'où résulte fatalement et *toujours* (1)

(1) Processus des ulcérations du col. — *Revue des maladies des femmes*, 1879. Chéron.

l'ulcération du col. En effet, l'hypertrophie des éléments de la muqueuse augmente son volume, de telle sorte qu'elle ne peut plus être contenue dans le canal cervical. La congestion sanguine et lymphatique persistante amène, à la longue, l'épanchement interstitiel d'où résulte l'engorgement. La muqueuse décollée, mais retenue au niveau de l'isthme, glisse au dehors en renversant les lèvres du col, et vient s'étaler sur celles-ci en formant la lésion qu'on est convenu d'appeler : ulcération du col.

La production du bouchon gélatineux, avec hypertrophie des glandes, est plus difficile encore à réprimer que dans le cas de catarrhe simple résultant de l'état général.

Huguier a proposé les incisions multiples et parallèles du canal cervical. Ce moyen est dangereux et peu sûr, à moins qu'on ne pratique aussitôt après la cautérisation au fer rouge.

La cautérisation du canal cervical, à l'aide du fer rouge ou des caustiques potentiels, amène des atrésies qui, mieux encore que le bouchon gélatineux, sont une cause de stérilité et parfois de dysménorrhée.

La dilatation avec l'éponge préparée plongée, au préalable, dans une solution antiseptique — et nous donnons la préférence à la suivante — nous a fourni des résultats remarquables :

Acide picrique..........................	1 gramme
Eau distillée..........................	120 grammes.

Lorsque la dilatation répétée 5 ou 6 fois, de huitaine en huitaine, a suffisamment élargi le canal, on badigeonne celui-ci, tous les deux jours, avec la teinture d'iode.

Il va sans dire que toutes les précautions de repos et de pansement doivent être rigoureusement prises au moment des dilatations.

Directeur-Gérant, D[r] J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES,

Professé à l'Ecole pratique de Médecine dans le semestre de 1883-84,

Par le Docteur E. Verrier,

Préparateur des cours d'accouchements à la Faculté.
Lauréat de l'Académie de Médecine. — Membre de la Société d'Anthropologie.

—

Après avoir exposé son programme et réclamé la bienveillante attention de son auditoire en raison de l'innovation et de l'immensité du sujet qu'il aborde, M. Verrier définit l'obstétrique comparée : *l'ensemble des connaissances relatives à la fonction de reproduction envisagée dans la grande série des mammifères dont l'homme fait partie.*

Si jamais, ajoute-t-il, le secret de la création doit nous être scientifiquement révélé, ce sera par l'étude approfondie de l'obstétrique, et en particulier de l'embryogénie qui n'en est qu'une dépendance.

C'est par là, en effet, que le naturaliste arrivera à établir les lois de la transformation des espèces, de leurs mutations, de leurs hésitations, de leurs effets regressifs, qui sont la clé de voûte de nos connaissances anthropologiques.

De même que nos éleveurs sont arrivés, par des croisements

bien étudiés, à perfectionner les races de certains animaux; de même le naturaliste, par l'étude de la sélection, pourra remonter aux sources de la vie.

La méthode suivie par M. Verrier sera celle en usage dans l'obstétrique classique, c'est-à-dire qu'il envisagera d'abord la partie du squelette dans laquelle se passent les grands phénomènes de la reproduction et de la parturition ; mais comme il s'adresse soit à des praticiens désireux de perfectionner leurs connaissances en vue de voyages lointains, soit à des savants ou à des curieux déjà initiés à l'anatomie humaine, il se contentera d'établir en traits généraux les différences sexuelles et surtout les différences ethniques du bassin. Puis, avant d'aborder l'étude de l'obstétrique proprement dite, il exposera une nouvelle classification du pelvis de la femme, faisant ainsi rentrer toutes les races humaines sous trois formes principales. Par ce moyen, M. Verrier est arrivé à expliquer les variations dans l'ordre des présentations et des positions, ainsi que la diversité des phénomènes mécaniques du travail suivant les races. De là il a été induit à proposer des procédés nouveaux d'obstétrique opératoire applicables à ces bassins.

Si, souvent, il fait intervenir les mammifères dans son étude, c'est dans le but d'expliquer certains points de physiologie obstétricale qui restent encore obscurs, mais il rapporte d'ailleurs tout à la femme, à quelque race qu'elle appartienne.

Le but de ce cours est essentiellement patriotique. En effet, c'est au moment où la France tend à devenir une puissance coloniale qu'il y a un intérêt véritable à étudier les accouchements dans les différentes races humaines, et c'est à ce titre que nous résumerons dans cette Revue les principales leçons du cours supérieur inauguré par M. Verrier.

LA RÉDACTION.

Le bassin n'a pas d'os qui lui soient propres, dit M. Verrier. La pièce sacro-coccygienne qui en forme la paroi postérieure appartient à la colonne vertébrale, dont elle n'est que la terminaison. Les os coxaux sur les côtés et en avant dépendent des membres pelviens.

Formés primitivement de trois os distincts : l'iléon, l'ischion et le pubis, qui se réunissent et se soudent dans la cavité cotyloïde, les os coxaux s'épanouissent latéralement chez l'homme, les anthropoïdes et les pachydermes, en ailerons plus ou moins larges, amincis au centre et concaves, tandis que chez les autres mammifères ils s'allongent de chaque côté de la colonne vertébrale, s'effilent et se rapprochent plus ou moins de la forme des os longs. Du reste, le bassin de chaque espèce est approprié à ses attitudes et à la lutte que soutient cette espèce dans le grand combat de la vie. Chez les quadrupèdes la longueur maxima du bassin dépasse la largeur maxima. Chez l'homme, au contraire, et chez les anthropoïdes, mais à un degré moindre, c'est la largeur qui l'emporte sur la longueur ; cette largeur prédomine surtout chez la femme. Pour des raisons particulières à leur conformation, l'éléphas antiquus et l'éléphant moderne ont un bassin à peu près semblable à celui de l'homme. Quant à la pièce sacro-coccygienne chez l'homme, elle est formée de trois parties : la première, composée de 3 vertèbres s'articulant avec l'os iliaque, en forme la base ; la seconde, de 2 ou 3 vertèbres libres par leurs bords externes, complète le sacrum et lui donne en tout 5 et quelquefois 6 vertèbres. Cependant Schœmering a vu des sacrums qui n'avaient que 4 vertèbres. Enfin, la dernière partie de la pièce sacro-coccygienne ou coccyx est composée de 3, 4, ou 5 vertèbres, toutes fausses, mais mobiles au niveau de leur articulation avec le sacrum supplémentaire.

Il résulterait de cette disposition, d'après Broca, que l'homme aurait une queue formée de 6 à 8 pièces, répondant, les premières au segment basique du sacrum, et les dernières au segment terminal des mammifères.

De même chez les anthropoïdes, les vertèbres caudales sont fusionnées avec le sacrum, et le coccyx ne se compose que de fausses vertèbres.

Le sacrum des quadrupèdes est étroit, allongé, peu excavé à sa face intérieure. Cette étroitesse et sa direction rectiligne, jointes à la mobilité des os coccygiens, rendent toute difficulté obstétricale à ce niveau invraisemblable.

Mais si le bassin de l'homme diminue de hauteur en s'élargissant, son diamètre antéro-postérieur se raccourcit et l'angle sacro-vertébral, par suite de l'attitude bipède, fait une saillie plus prononcée que chez les autres mammifères, y compris les anthropoïdes, ce qui est une cause fréquente de difficultés au moment de la parturition. Enfin, les tubérosités ischiatiques sont moins longues et moins écartées chez l'homme que chez les singes réputés sans queue, et la symphyse pubienne est plus courte.

Le bassin de l'homme se divise en 2 parties : le grand bassin ou portion supérieure et le petit bassin ou excavation. Celle-ci forme un véritable canal courbe limité par les détroits supérieur et inférieur.

Verneau, qui a fait une très bonne étude du bassin, non seulement suivant les races, mais encore suivant les sexes, déclare que les différences sexuelles sont moins marquées que les accoucheurs l'enseignent.

Ainsi, d'après cet auteur, la forme du trou sous-pubien n'est pas caractéristique du sexe et on trouve aussi bien, dans toutes les races, des trous sous-pubiens triangulaires ou ovalaires chez la femme que chez l'homme.

Seulement ce vide est généralement chez la femme, à quelque race qu'elle appartienne, plus allongé dans le sens longitudinal et plus rétréci dans le sens vertical que chez l'homme, ce qui tient à l'épanouissement en largeur du bassin de la femme et à son écrasement du haut en bas, que l'on ne rencontre pas dans le sexe masculin.

D'une manière générale, dans toutes les races, le bassin de la femme est plus développé en largeur que celui de l'homme qui, par contre, l'est davantage en hauteur.

Quant aux impressions musculaires plus faibles chez la femme, on sait qu'elles sont également faibles chez l'enfant et chez l'homme adonné à l'oisiveté.

Nous avons vu tout à l'heure que la courbure de l'excavation n'était pas plus caractéristique, et si l'on prend la distance d'une épine iliaque antérieure et supérieure à l'autre, on trouvera pour les

Européens, chez l'homme	231	chez la femme	222
Egyptiens	»	224	»	195
Péruviens	»	233	»	217
Chinois	»	184	»	226
Bosjesmans (on manque de bassin d'homme)			»	187
Nègres de la Guadeloupe		207	»	217
» d'origine inconnue		205	»	174
» de Mozambique		184	»	203
Canaques	»	204	»	206
Australiens	»	219	»	182

En définitive, sur 10 races diverses, nous trouvons 4 fois la distance d'une épine iliaque à l'autre plus grande chez l'homme, et 4 fois chez la femme; dans un cas il y avait égalité, dans l'autre (les Bosjesmans) on ne possédait pas de bassin d'homme.

Il est à remarquer que c'est surtout dans les races nègres et chinoise que l'avantage revient aux femmes, sous ce rapport. Il est probable qu'il en serait de même des Bosjesmans si le Muséum, où ont été prises ces mesures, avaient possédé un bassin d'homme de cette race.

Quoi qu'il en soit, ces irrégularités indiquent qu'il n'y a pas là de caractère sexuel.

Le vrai caractère sexuel, l'unique, dans toutes les races, c'est la forme de l'arcade pubienne qui est beaucoup plus évasée chez la femme que chez l'homme, et dont les bords sont plus ou moins déjetés en dehors.

L'angle qu'elle forme chez les différents peuples dans les deux sexes est pour les

Européens, hommes		60°	femmes	74°
Egyptiens	»	54	»	88
Péruviens	»	72	»	79
Chinois	»	65	»	66
Bosjesmans	»	»	»	82
Nègres de la Guadeloupe		61	»	76
Néo-Calédoniens	»	56	»	68

Australiens, hommes	54	femmes	80
Javanais (manque de bassin d'hommes)	»	»	82
Nègres (pays inconnus)	60	»	76
» de Mozambique	64	»	65

A l'exception des Javanais et des Boshjesmans, dont on ne possède pas de bassin masculin, l'angle formé par l'arcade pubienne l'emporte chez la femme dans *toutes les races*, depuis 1 degré chez la Chinoise et la négresse de Mozambique, jusqu'à 34°, chez l'Egyptienne, en passant par tous les intermédiaires.

On voit qu'il s'agit là d'un véritable caractère sexuel.

Cependant, malgré cet élément de diagnostic il a été impossible à M. Verneau, dans la collection des bassins du Muséum, de déterminer à quel sexe appartenaient 4 des bassins d'Europe, dont l'origine n'était pas désignée.

Pratiquement parlant, lorsque les Anglais veulent représenter un bassin d'homme, ils écartent l'indicateur et le médius en plaçant en bas l'ouverture de l'angle formé par les deux doigts.

Le sommet de cet angle, comme on peut s'en rendre compte en répétant la même manœuvre, est assez aigu. Mais si, au contraire, ils veulent représenter le bassin de la femme, ils écartent et placent de même le pouce et l'indicateur, et alors l'angle se trouve beaucoup plus ouvert et le sommet arrondi.

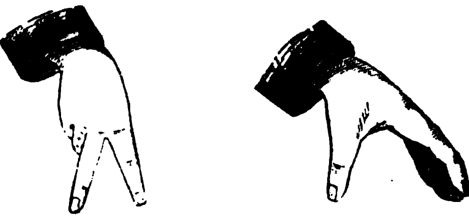


Fig. 1.

Il n'est pas inutile de faire remarquer que les bassins, chez des femmes de même race, peuvent offrir de nombreuses variétés individuelles ou professionnelles.

Ainsi l'épaisseur, la solidité des os, la saillie plus ou moins considérable des crêtes et des éminences, la hauteur, la large ur, la

courbure variable du sacrum, l'ouverture de l'arcade pubienne, la hauteur différente des os coxaux, constituent autant de variétés.

Mais les points les plus importants de toute cette étude sont les variations de forme et de dimensions du petit bassin, et particulièrement du détroit supérieur.

Ce sont ces variations qui ont servi de base à M. Verrier pour sa classification du bassin de la femme dans les races humaines.

Vrolick avait déjà dit, à propos du bassin suivant les races, que : 1° dans le bassin de l'aryenne *le diamètre transversal* au détroit supérieur l'emportait sur les *deux autres*; 2° que chez la Mongole *les trois diamètres* étaient égaux ; 3° qu'enfin chez la négresse le diamètre *antéro-postérieur l'emportait sur le transversal.*

Mais Joulin a critiqué cette manière de voir, au moins en ce qui touche aux deux dernières divisions.

A l'appui de l'opinion de Joulin, nos recherches personnelles nous ont démontré que partout, même dans les races inférieures, la Bosjesmane, par exemple, sur le bassin sec, c'était encore, sinon le diamètre transversal, du moins les diamètres obliques qui l'emportaient sur les autres de quelques millimètres.

Seulement dans ces bassins les épines sciatiques sont très saillantes en dedans et diminuent le diamètre transversal au détroit inférieur.

Il faut arriver jusqu'au bassin du chimpanzé pour voir le diamètre antéro-postérieur réellement prédominer dans le bassin osseux.

On voit néanmoins que dans le plus grand nombre des races humaines le diamètre transversal du détroit supérieur l'emporte en longueur dans le bassin de la femme, et que dans les races les plus inférieures ce sont les diamètres obliques qui sont les plus longs ; ce que n'avait pas vu Joulin. C'est là, pour le dire en passant, la différence principale qui distingue le pelvis humain de celui des anthropoïdes.

Toutefois, quand le bassin est revêtu de ses parties molles, cette différence disparaît dans le bassin des dernières races par l'épaisseur des tendons du muscle psoas iliaque, à ce point que l'ordre de fréquence des présentations et des positions est complète-

ment modifié, ainsi que tout le mécanisme des accouchements.

C'est sur cette donnée que M. Verrier a réformé le manuel opératoire des applications du forceps, en le décrivant tel qu'il se trouve indiqué par la forme différente du bassin et le mécanisme du travail.

Dans toutes les races, les diamètres du détroit inférieur sont sensiblement égaux. Trois d'entre eux, l'antéro-postérieur et les deux obliques, sont susceptibles d'agrandissement. A l'état normal, ils varient entre 10 et 11 centimètres.

Quant aux diamètres de l'excavation, Verneau fait remarquer avec raison que la profondeur de cette cavité a été exagérée; par conséquent, l'étendue des diamètres de l'excavation n'est guère que de 11 à 11 centimètres 1/2 en moyenne.

Ainsi la flèche du sacrum n'a que 0,025 millimètres d'étendue et si on réunit, comme c'est l'usage en anthropologie, le coccyx au sacrum sous le nom de pièce sacro-coccygienne, on trouve que cet os à une flèche de 0,042 millimètres seulement, en dehors des cas pathologiques.

L'importance des diamètres du grand bassin a, en anthropologie, une réelle valeur pour la détermination des origines ethniques. Topinard a étudié le rapport qui existe, dans les différentes races, entre la largeur et la hauteur du bassin chez la femme ; il a trouvé dans les races blanches......... 130.1

» jaunes............	138.3
Chez les Canaques..........	129.9
» nègres.............	133.8
» Bosjesmans........	135.6

Pruner-Bey, s'attachant plutôt aux caractères ethniques, a cru les trouver de préférence sur le bassin de l'homme qu'il a étudié à cet effet.

Pour nous, dit M. Verrier, devant ne pas perdre de vue le but de notre étude, c'est-à-dire l'obstétrique, nous préférons rechercher les caractères du bassin chez la femme et nous attacher surtout aux dimensions du petit bassin. Sur ce point, on peut dire que le bassin des femmes nègres et bosjesmanes, par l'étroitesse

de ses diamètres et celui des néo-calédoniennes par la configuration de son ouverture supérieure sont ceux qui se rapprochent le plus de celui du chimpanzé, qui est, parmi les anthropoïdes, le plus voisin de l'homme par les autres caractères du pelvis.

Un coup d'œil jeté sur la figure suivante donnera une vue d'ensemble de l'ouverture du détroit supérieur du bassin de la femme, dans plusieurs races humaines et chez quelques anthropoïdes.

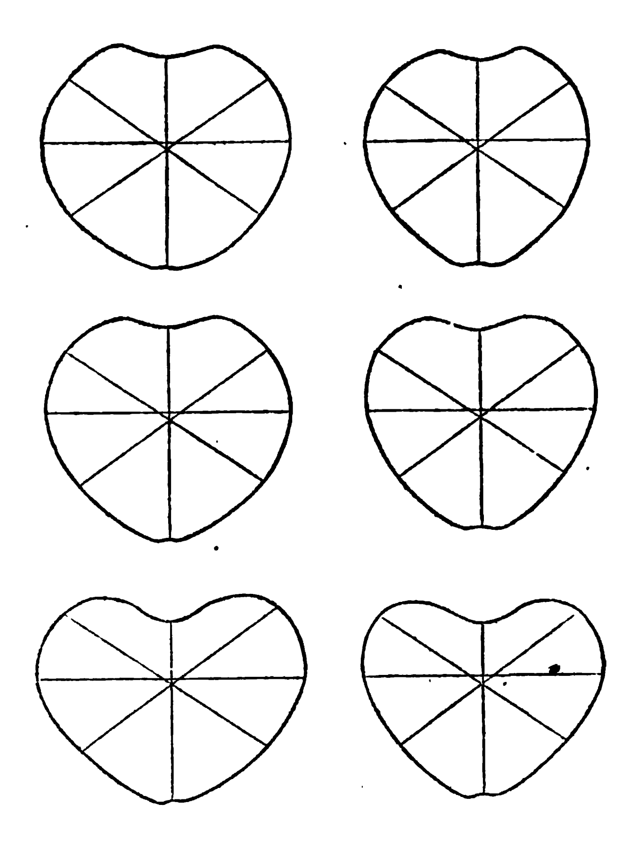


Fig. 2.

Ces bassins sont de gauche à droite : 1° *race blanche*, 2° *race noire d'Afrique*, 3° *race rouge*, 4° *Négritos et Papous*, 5° *indigènes du Cap de Bonne-Espérance*, 6° *Bosjemanes*.

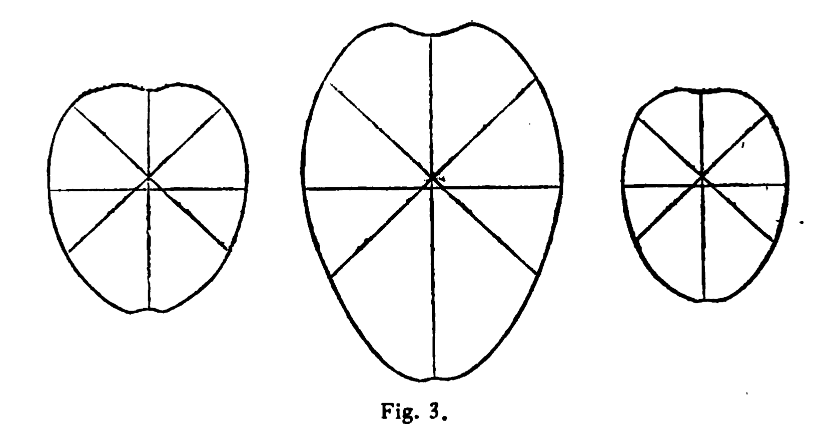


Fig. 3.

Bassins d'anthropoïdes, de gauche à droite : 1° *Chimpanzé*, 2° *Gorille*, 3° *Orang*.

Si nous réunissons dans un tableau la longueur du diamètre antéro-postérieur du bassin chez les femelles d'anthropoïdes et chez la femme, nous verrons se former une échelle descendante dans laquelle le gorille occupera le premier rang et la Chinoise le dernier. Ainsi :

Gorille	18	centimètres.
Chimpanzé	13	—
Egyptienne (ancienne)	11.6	—
Femme de la nouvelle Guinée	11.3	—
Européenne et Canaque	11	—
Orang-outang	11	—
Péruvienne et Turque	10.7	—
Syrienne	10.5	—
Négresse (Guadeloupe)	10.6	—
Laponne	10.1	—
Australiennne	10.	—
Négresse inférieure	9.4	—
Chinoise	8.9	—

Maintenant, pour établir *l'aire du détroit supérieur*, c'est-à-dire la surface du plan circonscrit par le bassin osseux, point important trop négligé par les accoucheurs et sur lequel j'appelle l'at-

tention des anthropologistes, je prends la surface de l'ellipse qui est la figure la plus voisine du bassin de la femme, et j'obtiens trois catégories bien tranchées, abstraction faite des anthropoïdes, savoir (1):

Aire comprise entre 110 et 120 c. c.	Nouvelle Guinée. Femmes d'Europe. Egyptiennes anciennes. Négresses de la Guadeloupe. Turques (Asie-Mineure).
Aire comprise entre 95 et 106 c. c.	Péruviennes. Canaques. Syriennes. Australiennes. Chinoises. Laponnes.
Aire inférieure à 86 c. c.	Négresses du centre et du Sud de l'Afrique, Négritos et Papous. Bosjesmanes.

Quant aux trois principaux anthropoïdes, ils ont donné comme aire du détroit supérieur:

le Gorille	187.7
le Chimpanzé	112.3
le Orang	68.9

C'est-à-dire qu'au point de vue de l'aire du bassin le gorille et le orang doivent être écartés comme ayant, le premier, l'aire du détroit supérieur trop grande, le second comme l'ayant trop petite. Le chimpanzé seul pourrait prendre rang à côté des femmes dont l'aire du même détroit est supérieure à 110 c. c.

(1) Pour établir cette surface, il suffit de résoudre l'équation suivante :

$s = \pi ab$

$a = 1/2$ grand axe.

$b = 1/2$ petit axe.

On aura en trop la saillie de l'angle sacro-vertébral parfaitement négligeable dans l'espèce.

J'ajouterai, à titre de curiosité, que nous avons fait les mêmes recherches sur les grands animaux domestiques et que parmi les équidés, par exemple, l'aire du détroit supérieur chez les grandes juments est de.................................. 443.5
chez les plus petits équidés.......................... 301.8
Parmi les ruminants : la vache nous donne...... 311.

Le diamètre sacro-pubien chez le premier de ces animaux est de.. 24.5
et le diamètre transverse de............................. 23.1
chez les petits équidés le diamètre sacro-pubien est de..... 21.
et le transverse de...................... 18.3
chez la vache le diamètre sacro-pubien est de............. 22.
le diamètre transverse de................. 18.

On voit donc, par cet aperçu, que malgré l'amplitude du bassin chez ces grands animaux, contrairement à ce qui existe chez la femme, c'est le diamètre antéro-postérieur qui prédomine.

Quant au détroit inférieur dans ces grandes espèces, il est constitué surtout par un appareil ligamenteux et est d'environ 1/5e plus petit que le détroit supérieur, mais très-mou, le sacrum droit et court et la queue essentiellement mobile.

De plus, chez la jument, la symphyse pubienne est rectiligne et s'ossifie de bonne heure. Beaucoup plus longue chez la vache, elle présente une concavité supérieure et une saillie interne fatigante pour la main de l'accoucheur; l'os coxal est moins lourd et moins gros chez celle-ci que chez les juments.

Le sacrum a cinq vertèbres ; il est plus long et plus large chez la vache. Les trois premières coccygiennes appartiennent encore au sacrum dans les deux espèces et c'est la symphyse pubienne qui constitue le plancher du bassin. Celui-ci est inextensible.

Chez tous les quadrupèdes, le bassin présente son ouverture d'avant en arrière et non de haut en bas, de telle sorte que le diamètre sacro-pubien, au lieu d'être antéro-postérieur, est supéro-inférieur ; le sacrum, au lieu de former la paroi postérieure du pelvis, en forme la paroi supérieure, et ainsi de suite, le bassin s'adaptant à la marche des animaux.

Chez ceux-ci, du reste (équidés, bovidés), la présentation

du fœtus se fait généralement par les pieds, et l'orifice de la matrice, comme nous le verrons, est plus élevé que son fond, ce qui est le contraire chez les anthropoïdes et chez la femme.

Nous ne nous occuperons pas de l'étendue du bassin chez les petits animaux.

Disons seulement que chez la truie la symphyse est longue et rectiligne. Que chez la chèvre et la brebis le bassin est en petit ce qu'est celui de la vache.

D'une manière générale, le canal pelvien est plus horizontal chez les petits ruminants.

Les différences portent plutôt sur les détails que sur l'ensemble ; la symphyse chez la chienne et chez la chatte s'ossifie tard. Du reste, à part la chienne, à cause de la multiplicité des races canines et des croisements incessants de ces races, la parturition ne présente presque jamais de difficultés dans les petites espèces. Il n'en est pas de même chez la vache et la jument.

A propos de parturition difficile chez les chiens, laissez-moi vous raconter une histoire qui est arrivée à l'un de nos plus éminents praticiens.

Sic ludus animi debet aliquando dari.

Ce médecin distingué, alors encore très jeune, fut, par une belle nuit d'hiver, tiré de ses méditations par un formidable coup de sonnette. On venait le chercher pour donner ses soins à Miss Bitch, descendue avec sa maîtresse à l'hôtel de Lille et d'Albion.

Vite notre Esculape s'empresse ; c'est si rare un client sérieux pour un jeune médecin....

A son arrivée chez une Anglaise de haute lignée, la maîtresse de céans lui tint à peu près ce langage : « Ah ! oh ! Monsieur le Docteur, je voudrais bien que vous accouchiez le petite chienne à mòâ qui souffre beâucoup, beâucoup ! »

Notre confrère vit, en effet, dans un coin une jolie petite levrette, répondant au nom de miss Bitch et qui, ayant sans doute fait connaissance avec quelque chien du voisinage de forte taille, ne pouvait, malgré ses efforts, mener à bien le travail commencé.

En homme spirituel qu'il était, notre confrère fit mettre la le-

vrette dans un bain, lui oignit les parties d'huile, fit tant et si bien qu'une demi-heure après miss Bitch accouchait de deux charmants petits chiens.

Demandant ensuite gravement une plume et du papier, comme pour faire une ordonnance, il écrivit un reçu de 500 fr. qu'il signa et présenta à la maitresse de la maison.

Celle-ci se mordit bien un peu les lèvres ; mais la fierté britannique l'emportant, elle alla à son secrétaire, en tira une bank-note de 20 livres sterling qu'elle présenta à notre confrère en acquit des soins qu'il avait donnés à sa levrette.

Maintenant, Messieurs, je n'ajouterai rien que vous ne sachiez touchant les articulations et les ligaments du bassin. Je ne décrirai pas davantage les bords des détroits, leurs plans, leurs axes, qui sont choses connues de vous.

Quant à l'axe de l'excavation, je dirai seulement que sa courbure, bien établie par Carus, se redresse lorsque l'on descend l'échelle des êtres ; qu'il est moins courbe chez les anthropoïdes que chez la femme et tout à fait rectiligne chez les autres mammifères.

Il ne me reste plus, après ces remarques générales, qu'à aborder ma propre classification.

DU BASSIN, DANS LES DIFFÉRENTES RACES, CONSIDÉRÉ D'APRÈS SA FORME ET SES DIMENSIONS.

Joulin n'admettait que deux formes de bassins. Weber les avait divisés en *ovales*, *ronds*, *carrés* et *cunéiformes*. Il faisait correspondre les premiers à la race européenne ; les seconds à la race rouge ou américaine ; les troisièmes, à la race jaune ou asiatique, et, enfin, il rapportait les derniers à la race noire.

Si la division de Joulin était insuffisante pour classer les bassins des différentes races que des métissages infinis ont fait varier considérablement, celle de Weber prêchait par un autre point.

En effet, les quatre formes qu'il admet, d'une façon d'ailleurs toute fantaisiste, ne correspondent pas à des différences ethniques et l'on verra que nous avons pu, par des calculs, diviser ces bas-

sins en trois classes dans lesquelles nous faisons rentrer à peu près ceux de tous les peuples chez lesquels on a pu les mesurer.

1re *Classe. Bassins transverses-ovalaires. Caractères généraux.*

Grand bassin	D'une épine iliaque antéro-supérieure à l'autre	0.26 cent.
	Hauteur de la fosse iliaque	0.09.5
	D'une crête iliaque à l'autre (point le plus large)	0.28
Détroit supérieur.	Diamètre sacro-pubien au détroit supérieur..	0.11
	Diamètres obliques	0.12
	Diamètre transverse	0.13.5
Excavation	Les diamètres en tous sens	0.11.5
Détroit infér.	Tous les diamètres	0.11

(Le bi-ischiatique seul immuable.)

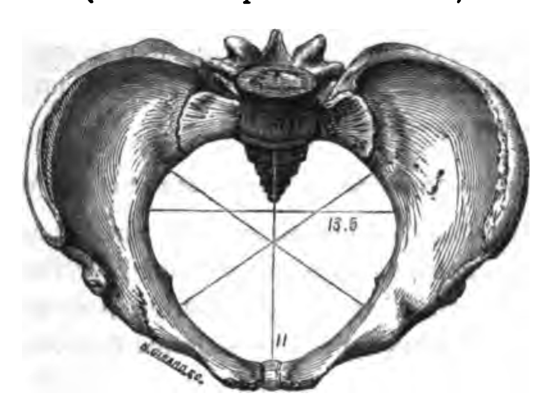


Fig. 4.

Quoique d'origines très variées, les bassins qui se rapprochent de cette forme portent presque tous l'empreinte du type caucasique ou aryen.

On les trouve dans toute l'Europe, sauf la Laponie, dans l'Asie-Mineure, le nord de l'Afrique, plusieurs îles de la Polynésie, chez les négresses de la côte occidentale d'Afrique et des Antilles et il n'est pas jusqu'aux Indiennes de l'Amérique (race rouge) qui ne possèdent un bassin dans lequel le diamètre transversal prédomine beaucoup sur l'antéro-postérieur, de sorte que malgré l'absence de nos connaissances sur l'origine de ces peuples, nous considérons leurs bassins comme appartenant à notre première classe.

Pour les bassins d'Europe, nous trouvons un type sensiblement le même, dans lequel sont venus se fondre, à force de métissages, les bassins des divers rameaux humains qui se sont succédé ou ont habité simultanément sur notre continent.

Tous ces bassins, à quelque race qu'ils appartiennent, ont, chez la femme, le diamètre transverse du détroit supérieur dépassant 13 centimètres et l'aire de ce détroit comprise entre 110 et 120 c. c.

Ainsi nous trouvons :

							Aire.
Européenne (type)	D. antéro-post.	11	D. oblique	12	D transv.	13.5	— 116.6
Nouvelle-Guinée	»	11.3	»	13.4	»	13.6	— 120.7
Turquie d'Asie	»	10.7	»	12.4	»	13.3	— 111.7
Négresse Guadeloupe	»	10.6	»	13.9	»	13.4	— 111.5

Toutes ces mesures ont été prises rigoureusement par M. Verneau sur plusieurs bassins de même race, tant au muséum qu'au musée d'anthropologie, de manière à constituer une moyenne aussi exacte que possible.

2me *Classe. — Bassins dits carrés et ronds* (*de Weber*).

Joulin les attribuait exclusivement à la race Mongole-nègre. Nous ne voyons guère de négresses posséder cette forme de bassin ; mais Joulin, qui n'avait pas de critérium pour sa classification, avait mis dans une seule et même forme tout ce qui n'était pas européen.

Dans ces bassins, le diamètre transversal dépasse 12 centimètres et la mesure de l'aire du détroit supérieur est comprise entre 95 et 106 c. c.

Ainsi nous trouvons :

							Aire.
Péruvienne..........	D. Ant.-post.	10.7	oblique	12.5	transverse	12.7	— 106.7
Néo-Calédonienne ...	»	11	»	12.6	»	12.3	— 106.2
Syrienne............	»	10.5	»	12.3	»	12.3	— 101.3
Australiennes........	»	10	»	12.2	»	12.5	— 95.8
Mongoliennes et Chinoises	»	8.9	»	13.9	»	14	— 97.8
Laponnes et Samoyèdes	»	10.1	»	12.	»	12.2	— 96.7

On voit qu'il eût été possible d'admettre deux grandeurs de bassins carrés, l'une au dessus et l'autre au dessous de 100 c. c. Mais la différence ne m'a pas paru assez grande pour cela.

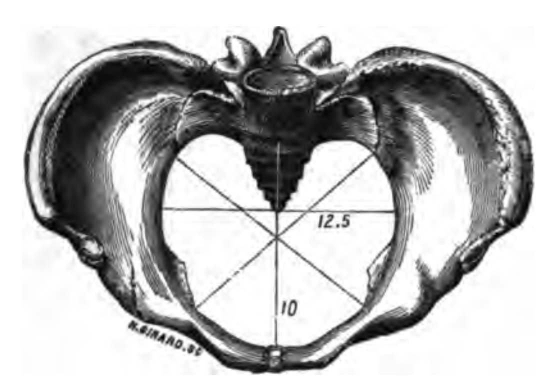


Fig. 5.

Dans cette classe le bassin de la Chinoise a un diamètre transverse de 14 et devrait, à ce titre, figurer dans les bassins de la 1re classe.

Mais en raison du peu d'étendue du diamètre antéro-postérieur, l'aire du détroit supérieur n'est que de 97.8. Il appartient donc à nos bassins de la 2me classe et occupe même dans cette classe un rang inférieur.

3me *Classe.*

Weber appelait *cunéiforme* le bassin de la race nègre que Joulin ne séparait pas des Mongols.

Nous avons vu que les nègres forment, sous le rapport du bassin, deux catégories bien tranchées, les plus grands ayant tous les caractères des bassins de la première classe ; les plus petits constituant, avec celui des Bosjesmanes, notre troisième classe de bassins dont voici les caractères :

Le diamètre transversal est plus grand que 11 centimètres et la mesure de l'aire du détroit supérieur ne dépasse pas 86 c. c.

								Aire.
Négresse du centre et de la côte orient. d'Afrique.. Négritos et Papous..........	D. ant.-post.	9.4	obliq.	11.4	transvers.	11.6		85.6
Indigènes des environs du Cap et Bosjesmanes......	»	8.7	»	11.7	»	12.2		83.3

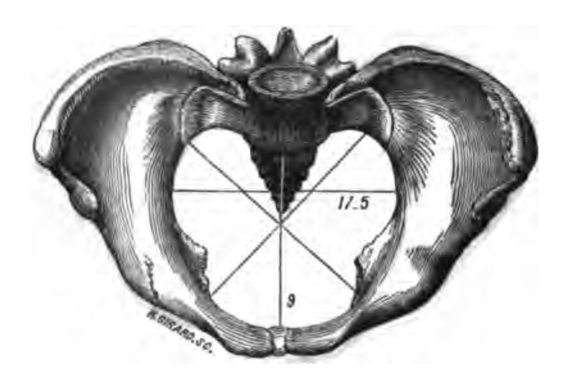


Fig. 6.

Wrolick, en 1826, tout en admettant dans le bassin du nègre mâle des caractères d'infériorité, faisait encore ressortir la gracilité du bassin de la négresse.

Mais il est certain que, sous le rapport de l'étendue de son ouverture supérieure, il est très peu developpé et inférieur à celui des principaux anthropoïdes.

Dans les deux dernières classes, le détroit inférieur, de moindre dimension que celui du bassin de la première classe, a néanmoins des diamètres égaux dont l'antéro-postérieur comme les obliques sont susceptibles d'agrandissement.

Les diamètres de l'excavation sont aussi proportionnés et sensiblement égaux à 0,11 centimètres.

Tout le problème obstétrical consiste donc à faire passer une tête, d'ailleurs assez réductible, et dont nous étudierons la forme et les dimensions ultérieurement, dans un canal dont l'ouverture a des dimensions données, sachant que l'aire de cette ouverture est supérieure dans le 1er cas à......... 110
comprise dans le 2e cas entre....... 95 et 106
inférieure dans le 3e cas à.......... 86

Or, en vertu de la loi d'accommodation lorsqu'un corps est contenu dans un autre corps et que le premier est poussé par une force quelconque, il prend la forme extérieure et s'adapte aux dimensions du corps qui le contient.

C'est sur cette loi qu'est basée la théorie de la céphalotripsie répétée sans tractions. En d'autres termes quand la tête fœtale,

qui ne pouvait franchir un obstacle dû au bassin osseux a été réduite de volume, elle place, spontanément, en vertu de la loi d'accommodation, ses diamètres réduits en présence des plus petits diamètres du canal qu'elle doit parcourir; en un mot, il se fait là de l'accommodation.

J'ajouterai, à titre de renseignement curieux, les dimensions d'un bassin d'Egyptienne ancienne (de l'époque grecque) D. ant. post. 10. 6 — obl. 12.8, transv. 12.4, aire 106.5.

Ce bassin eût pu être rangé avec ceux de notre 2e classe.

Si nous examinons les bassins des grands anthropoïdes, nous trouvons une différence très sensible dans la prédominance du diamètre antéro-postérieur.

Ainsi :

								Aire.
1° Le Chimpanzé..	D. A. P.	13	Oblique	13	T.	11	—	112.3
2° Orang..........	»	11	»	10	»	8	—	68.9
3° Gorille.........	»	18	»	15	»	13	—	187.7

On voit que le chimpanzé est l'anthropoïde dont le bassin se rapproche le plus des bassins humains du type le plus parfait.

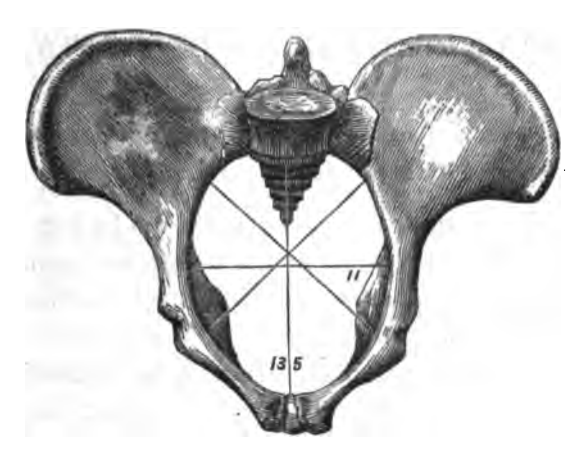


Fig. 7. — Bassin du chimpanzé.

Mais le diamètre A. P., comme celui des autres anthropoïdes, prédomine de beaucoup sur le transversal. Donc, ce qui n'existe pas dans l'espèce humaine, devient une réalité chez l'anthropoïde;

et chez le chimpanzé, le plus voisin de l'homme, le diamètre antéro-postérieur l'emporte de 2 centimètres sur le transverse.

Tant il est vrai de dire qu'il y a encore entre les singes les plus parfaits et les hommes les moins favorisés, une différence énorme, non seulement dans la capacité du crâne, mais même dans la forme et les dimensions du bassin et que l'*anthropopthèque* pourrait bien trouver ici sa place.

Nous déduirons des données spéciales qui précèdent et des renseignements qui nous ont été transmis par d'honorables collaborateurs, une classification des présentations et des positions du fœtus suivant les races.

Nous étudierons sur les mêmes bases les phénomènes mécaniques du travail dans nos trois classes de bassin, et enfin nous établirons des règles pour l'application du forceps.

Mais auparavant nous aurons à envisager les phénomènes de la grossesse en ce qui concerne la mère et l'enfant dans les différentes races et c'est par là que nous commencerons la prochaine leçon. (*A suivre*).

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTÉVIDEO

Kyste hydatique de l'ovaire suppuré. — Grossesse concomitante. — Opération. — Mort par empoisonnement, par le Dr Fort.

Le vendredi 14 mars 1884, je suis appelé à La Par, petite ville voisine de Montévideo, et je trouve une femme malade depuis trois semaines, extrêmement maigre, les yeux enfoncés dans les orbites et portant un ventre énormément développé.

Le ventre était douloureux, il portait la trace de deux ponctions, précédemment faites, et de collodion desséché. La peau était chaude et le pouls battait 140 pulsations. La femme était en possession complète de son intelligence et elle donnait les renseignements d'une manière précise.

Elle avait le ventre gros depuis longtemps ; mais comme elle ne souffrait pas, elle n'en avait jamais parlé à son médecin ; elle

se croyait enceinte. et les gens du pays étaient habitués à voir cette femme avec son gros ventre. Elle avait trente-six ans et elle était mère de six enfants.

Étant à Montevideo un mois auparavant, elle avait senti un mal de tête assez violent et continu, ainsi qu'une courbature générale. En même temps, le ventre était devenu douloureux. On avait songé à une fièvre typhoïde et on la traitait comme on aurait traité une typhique.

Cependant, le Dr Legnani, médecin de la malade et homme de beaucoup de tact, soupçonna un kyste de l'ovaire et il fit appeler le Dr Crispo Brandi, médecin italien, qui jouit d'une certaine renommée à Montevideo. Celui-ci se prononça catégoriquement contre l'existence d'un kyste et contre toute tentative d'opération, affirmant que la malade ne passerait pas la nuit. C'était le 4 mars. Un professeur de la faculté de Montevideo, le Dr Pugnalin, appelé, fut de la même opinion.

Lorsque je fus appelé, la malade était décharnée et presque agonisante. Une chiquenaude donnée sur la région ombilicale, à la manière dont Rostan le racontait familièrement dans sa clinique, me montra qu'il s'agissait indubitablement d'un kyste de l'ovaire, et la sensation par ma main gauche d'une colonne de liquide déplacé par ma main droite me prouva que le kyste était uniloculaire. Le ventre se dessinant en pointe vers l'ombilic, je n'hésitai pas à porter le diagnostic *kyste de l'ovaire*. Mais quels étaient ces symptômes inflammatoires et que fallait-il faire ? Il y avait une fièvre intense, le ventre était douloureux et le facies avait certainement quelque chose de péritonéal. Plusieurs médecins avaient déjà diagnostiqué une péritonite.

Cependant, la douleur n'était pas aussi vive qu'elle aurait dû l'être avec une péritonite généralisée ; la malade supportait la pression du ventre, surtout en certains points ; elle n'avait pas eu de vomissements bilieux, qui manquent si rarement dans la péritonite ; enfin, l'aspect de la malade et l'ensemble des symptômes me parurent se rapporter plutôt à une vaste suppuration.

Je diagnostiquai définitivement un *kyste de l'ovaire suppuré* et

je déclarai que la malade était irrévocablement perdue. Le seul remède à apporter, s'il y en avait un, était l'opération.

La malade était très éloignée de la ville, il fallait prendre le chemin de fer et ensuite une voiture pour se rendre chez elle. L'opération ne put être pratiquée que le dimanche 16 mars. La malade avait 140 pulsations, elle était extrêmement faible et nous crûmes prudent de ne point la chloroformiser. J'étais assisté des Drs Rappaz et Legnani et de mon aide M. Vila, étudiant en médecine.

La malade est placée sur le bord du lit, les épaules et la tête fortement relevées par des coussins et soutenues par un parent, les jambes écartées et les pieds appuyant sur deux chaises.

J'incise la paroi abdominale. La paroi dû kyste apparaît. Je plonge les trois trocarts d'ovariotomie que je possède et je cherche à faire l'aspiration, mais en vain. Les trocarts sont successivement obstrués par une membrane épaisse et jaunâtre.

La malade était extrêmement faible, il fallait aller vite. J'ouvris plus largement le kyste en maintenant les lèvres de l'incision abdominale contre la paroi kystique. Il s'écoule vingt-cinq litres d'un pus jaune-verdâtre infect au milieu duquel nagent des milliers d'hydatides, les unes parfaitement transparentes, quelques autres ayant subi la transformation caséeuse. Puis je retire la membrane qui tapisse la face interne du kyste.

Il ne pénètre pas de pus dans le péritoine.

Je cherche à passer les doigts entre la péritoine et le kyste ; je constate des adhérences nombreuses et, en même temps, je vois que l'utérus est développé et qu'il doit renfermer un fœtus de cinq mois environ. Que faire ? Le pouls de la malade est à peine sensible, elle est couverte d'une sueur abondante, nous craignons de la voir mourir d'un moment à l'autre. Détruire les adhérences serait trop long, la malade ne résisterait pas. Séance tenante, j'entreprends de laisser la paroi du kyste et de suturer les lèvres de l'incision abdominale aux lèvres de l'ouverture du kyste.

Après avoir lavé complètement l'intérieur du kyste avec l'eau phéniquée jusqu'à ce qu'elle sorte claire, je procède à la suture,

puis j'applique un pansement antiseptique, selon les préceptes de Lister, et la malade est placée dans son lit.

Elle est pansée deux fois par jour et la poche est lavée à l'eau phéniquée en veillant attentivement à ce qu'il ne survienne pas d'intoxication par l'acide phénique. Une potion à l'extrait de quinquina (4 gr.) et au rhum (60 gr.) est administrée quotidiennement. On donne du bouillon par cuillerées, de la glace. De plus, pour calmer l'intestin et empêcher les évacuations, je prescris une pilule d'extrait thébaïque à prendre chaque soir (4 centigrammes).

Nous arrivons ainsi sans accident jusqu'au 7e jour après l'opération. La malade était plus forte, il n'y avait aucune complication du côté du ventre, et la poche, qui était absolument sans odeur, se rétractait d'une manière remarquable. Le 5e et le 6e jour, la malade vomissait ce qu'elle prenait. Le 6e jour je lui injectai, avec le tube-Faucher, un demi-litre de lait contenant 50 gr. de sucre et un peu de semoule cuite. La malade le conserva et cette ingestion fut suivi d'un sommeil profond et d'une bonne chaleur.

Le lendemain matin, elle conserva également le même liquide, que le Dr Legnani introduisit de la même manière dans l'estomac.

Evidemment tout marchait bien, et malgré la gravité du cas, je ne désespérais pas de sauver ma malade. Mais voici ce qui arriva :

J'ai déjà dit que la malade prenait 4 centigr. d'extrait thébaïque tous les soirs. Le 6e jour elle n'en prit pas. Mais je lui ingérai 3 gouttes d'un laudanum de Sydenham très noir et paraissant très fort. Le soir même, le frère de la malade lui donna un lavement avec 8 gouttes du même laudanum. Le matin du 7e jour, le médecin du pays versa 6 gouttes de laudanum dans le lait qu'il ingéra dans l'estomac.

L'ingestion de ce laudanum avait pour but de calmer des coliques utérines, car du 3e jour au 6e, la malade avait été prise de fortes contractions de l'utérus et nous craignions un avortement.

Le frère de la malade, sachant qu'on avait administré le laudanum pour faire cesser ces douleurs et ne connaissant pas les

propriétés vénéneuses du laudanum, en fit prendre 4 gouttes à la malade après le départ du médecin. Dans la journée il lui donna aussi deux lavements, l'un avec 8 gouttes et l'autre avec 10 gouttes. Le soir du 7e jour, à 7 heures, je la trouvai mourante; elle me reconnut, mais elle était couverte d'une sueur froide et elle avait les extrémités déjà glacées.

Voilà donc 39 gouttes de laudanum administrées en 24 heures et *avouées*, car chacun sait comment des personnes peu habituées comptent les gouttes.

J'attribue la mort à l'ingestion de ce laudanum. On sait que 20 gouttes sont une dose maximum. Qu'on juge donc de 39 gouttes sur une opérée déjà si faible.

Les kystes hydatiques de l'ovaire étant très rares, je me suis demandé si celui-ci appartenait bien à l'ovaire, car je n'ai pas vu son pédicule. Cependant, son volume excessif, son contenu considérable, l'aspect des parois du kyste, sa situation dans le côté gauche du ventre principalement, toutes ces circonstances me font croire que j'ai eu à faire à un kyste de l'ovaire. Cependant, je dois avouer que je ne m'explique pas bien pourquoi dans les lavages, lorsque je pressais la poche dans la région hypogastrique, le liquide sortait avec une couleur verdâtre qui ne me paraissait pouvoir s'expliquer que par la présence de la bile. D'un autre côté, j'ai remarqué également, pendant les lavages, que la poche se rétractait de tous les côtés, excepté du côté du foie. Je ne crois pas qu'on ait rencontré de kyste hydatique du foie aussi volumineux.

L'urine était normale. Peut-être était-ce un kyste de la rate ? Quoi qu'il en soit, le fait me paraît intéressant, et quoique je n'aie point pu apercevoir le pédicule, je pense qu'il s'agissait ici d'un kyste hydatique de l'ovaire.

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par EDWARD JOHN TILT.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*,
Annotée par le Dr J. CHÉRON.

(*Suite.*)

CHAPITRE VII.

MALADIES DU CERVEAU.

TABLEAU XXV.

Fréquence des maladies cérébrales chez 500 *femmes à l'âge critique.*

Irritabilité nerveuse	459
Céphalalgie	208
Céphalalgie mensuelle	7
Céphalalgie et nausées	92
Hémicrânie	3
Apoplexie et hémiplégie	6
Pseudo-narcotisme	277
Etat hystérique	146
Attaques hystériques, depuis la cessation seulement	3
Attaques de pleurs et de rires, depuis la cessation seulement	4
Symptômes hystériques mensuels	1
Flatulence hystérique	8
Attaques prolongées d'absence de sentiment	3
Epilepsie, depuis la cessation seulement	3
Epilepsie, très aggravée	5
Délire	3
Folie	16
Globe hystérique, depuis la cessation seulement	17
	1261

Ainsi, 500 femmes ont éprouvé 1261 formes de maladies cérébrales, et les symptômes de plusieurs en même temps, ce qui confirme la croyance générale à la fréquence des affections cérébrales à

l'âge critique. Après la cessation la prédisposition diminue beaucoup; la céphalalgie, l'irritabilité nerveuse, le pseudo-narcotisme, présentent rarement la même intensité; si l'hémorrhagie cérébrale, l'apoplexie, le ramollissement du cerveau deviennent plus fréquents, cela dépend des conditions pathologiques communes aux deux sexes, dans la vieillesse. Un coup d'œil sur le tableau qui précède démontre que les femmes, à l'âge critique, souffrent principalement de maladies fonctionnelles du système nerveux, ce qui explique pourquoi la mortalité par suite de maladies cérébrales, suivant les rapports du Directeur Général de l'Enregistrement des actes de l'État civil, est toujours plus élevée parmi les hommes que parmi les femmes, passé l'âge de vingt ans.

Parmi les auteurs qui confirment mon assertion, Gardanne et le Docteur Ashwell disent que, même lorsqu'il a passé heureusement, l'âge critique entraîne avec lui de nombreux symptômes nerveux. Gardanne et Brierre de Boismont parlent de la céphalalgie ; le Docteur G. Bedford, de la fréquence, de l'intensité des symptômes nerveux ; Brierre de Boismont pense que le délire et l'insanité transitoires sont fréquents. Je crois que beaucoup de femmes sont peu troublées par l'âge critique quand elles le laissent suivre son cours. L'excentricité rend amères leur existence et celle des gens qui les entourent ; qu'elles viennent à perdre leur fortune ou leurs amis, elles peuvent devenir folles ou paraître telles aux yeux de ceux qui les voient; de là naissent des scandales et des procès qu'un traitement sage et approprié aurait prévenus. Comme la puberté, cette époque, je le répète, est d'un grand poids sur la suite de la vie des femmes; ainsi considérés, les symptômes nerveux prennent une grande importance.

Je vais maintenant passer en revue :

1° L'Irritabilité nerveuse, source de toutes les maladies cérébrales ;

2° La Névralgie cérébrale ;

3° Le Pseudo-narcotisme ;

4° L'Hystérie ;

5° L'Épilepsie ;

6° La Folie.

Pour mieux faire comprendre ces maladies, j'exposerai ce qui, dans mes études, peut contribuer à y porter la lumière ; après avoir donné les faits résultant de mon expérience personnelle, j'essayerai d'expliquer leur origine et je discuterai leur traitement.

1° Nervosisme et Irritabilité nerveuse. — On entend par là que le système nerveux est plus accessible que d'ordinaire aux impressions extérieures, telles que le froid, la lumière, le bruit, l'influence des viscères malades et des émotions. Il n'existe pas seulement des variétés innombrables, mais diverses formes de nervosisme. Si l'on demande aux malades si elles sont nerveuses, elles comprennent ce mot dans le sens de « hystérique », et s'indignent souvent de la question, bien qu'elles soient agacées au moindre bruit et sensibles à la moindre émotion. Chez certaines femmes, le caractère ne change pas, mais elles sont prêtes « à bondir hors de leur peau » quand une porte se ferme, ou s'exaspèrent en entendant tourner les pages d'un livre. Pour d'autres, entendre une conversation est un supplice ; elles expriment énergiquement leurs souffrances à propos de rien : « le pouls bat dans tout mon corps », « je sens tout trembler », « ma chair me pèse », « mes sensations font mon malheur, non ma douleur », « je ne puis rester à l'église ; je sens le monde de trop près ». Les impatiences, l'*anxiété tibiarum* des nosologistes, sont l'expression fréquente du nervosisme. Elles indiquent la *pléthore nerveuse*, qui demande à être soulagée par l'exercice de l'action musculaire. Bien qu'il soit impossible de déterminer anatomiquement comment s'opère cette pléthore des nerfs, je crois qu'on peut admettre qu'elle est analogue à la pléthore des vaisseaux sanguins causée par le sang. Le fluide nerveux est trop subtil pour qu'on le voie ou qu'on le sente ; mais ses effets permettent de déduire, comme conséquence, qu'il est quelquefois trop abondant. Je parle d'abord de l'irritabilité nerveuse, parce qu'elle est la « *materia prima* » de toutes les affections nerveuses, la base sur laquelle elles reposent et le sol sur lequel elles germent ; mais traiter du nervosisme comme effet *hystérique* serait perpétuer l'état de confusion d'où sort à peine la pathologie du système nerveux.

Dans le tableau qui est en tête de ce chapitre, on a vu quelle est la fréquence de l'irritabilité nerveuse à l'âge critique ; je crois qu'elle survient toujours, à cette époque, de même qu'à la puberté, exactement comme les grenouilles sont plus disposées à subir l'influence électrique, au retour de chaque printemps.

2° Céphalalgie. — La pauvreté de la langue, en ce qui concerne les maladies cérébrales, est démontrée par ce fait que nous sommes obligés de donner le même nom à une indisposition qui ne se produit pas journellement et à une affection qui peut priver un malade de sommeil pendant plusieurs jours. La céphalagie est aussi souvent un symptôme de l'âge critique que de la puberté. Je l'ai rencontrée dans 208 cas sur 500. Des malades, comme E. P., âgée de 55 ans, ne l'avaient jamais éprouvée avant la cessation, et y sont toujours sujettes depuis ; chez une autre, c'est le principal symptôme de la menstruation, de l'enfantement et de la cessation. Quant au siège de cette affection, on peut le trouver suivant sa fréquence, soit dans les tempes, soit au sommet de la tête, soit à l'occiput. Friend, Etmuller et autres placent en ces points son siège habituel. En ce qui concerne la nature de cette douleur, on la décrit comme « frappante, mordante, brûlante » ou « comme si la tête était dans un étau ». Elle varie d'intensité, depuis la plus légère sensation jusqu'à cette souffrance horrible qui abat la plus forte femme pour plusieurs jours. Dans 92 cas, les malades souffraient de nausées, sans autres signes de maladie gastrique, et ne rejetaient que de la matière muqueuse ; quoi d'étonnant, puisque les mêmes symptômes se présentent à la puberté, et souvent à chaque menstruation ? La céphalalgie peut certainement être causée par la pléthore ; mais, en général, elle constitue un symptôme nerveux et agit comme tel. J'ai eu fréquemment l'occasion d'observer l'hémicrânie violente, alternant avec la gangliopathie, l'une apparaissant quand l'autre cessait. J'ai vu aussi un antagonisme marqué entre les extrémités cerébrale et pelvienne de la moelle épinière, une pénible céphalalgie finissant quand il survenait une intense douleur dans le sacrum ; règle générale, celles qui souffrent beaucoup de douleurs cérébrales n'en éprouvent que peu au pelvis.

Observation vingt-deuxième. — *Céphalalgie périodique à la cessation.* — Sarah F., femme grande, forte, a les vaisseaux capillaires des joues très apparents, paraît nerveuse et semble prête à crier; 56 ans. Elle a été menstruée à 16 ans, la cessation est venue à 51 ans, après douze mois d'incertitude. Pendant ce temps elle a souffert de vapeurs et de transpirations, particulièrement aux repas ; d'ailleurs, elle était assez bien pendant tout le jour, mais, à 2 heures du matin, un violent mal de tête l'éveillait du plus profond sommeil. Cela était venu, « de temps à autre, deux mois après la cessation », dit-elle ; en cela, elle est d'accord avec sa fille. La perte subite de son mari lui a laissé une grande faiblesse, a rappelé les vapeurs et les transpirations, quatre ans après leur disparition.

Le docteur Tessier, de Paris, a publié dans la *Gazette Médicale* de Paris, 1851, un cas d'hémiplégie périodique. Une dame, âgée de 60 ans, tombe sans connaissance chaque mois, à l'époque des menstrues, et cela depuis la cessation. En recouvrant ses sens, la moitié de son corps se trouve paralysée, et sa parole est embarrassée. Cela dure quelques jours, puis disparaît graduellement pour revenir le mois suivant. Comme elle est naturellement calme et tranquille, ceux qui l'environnent reconnaissent l'approche des attaques à son agitation.

Observation vingt-troisième. — *Névralgie cérébrale.* — J'ai rapporté, dans mon manuel de « *Thérapeutique utérine* », comment, après avoir joui d'une santé passable jusqu'à 40 ans, une dame commença à souffrir d'une inflammation chronique de la matrice, avec augmentation de l'excitation nerveuse, des attaques hystériques accidentelles et des vomissements qui résistèrent à tous les remèdes et ne cédèrent qu'à l'application d'un cautère au creux de l'estomac. A 48 ans, la menstruation cessant, la malade souffrit encore, de temps à autre, de vaginite et d'ulcérations au canal de l'urètre avec écoulement jaunâtre, mais elle devint moins nerveuse et n'eut plus d'attaques hystériques, lesquelles furent remplacées par de terribles douleurs dans la tête qui, toutes les deux ou trois semaines, l'obligeaient à rester enfermée

pendant 24 heures dans une chambre obscure. Trois ans durant, on essaya vainement les sels de zinc, le chanvre indien et le bromure de potassium à l'intérieur ; le chloroforme, le deutosulfure et le tétrachlorure de carbone à l'extérieur ; quelques sangsues aux tempes la soulagèrent plus que le reste. La nature névralgique de la maladie n'était pas douteuse, par le fait que les attaques furent sans gravité pendant un voyage de quelques semaines à Birkenhead, tandis qu'elles recommencèrent comme auparavant, dès que la malade fut de retour dans sa riche et commode maison. Le docteur Russell Reynold tomba d'accord pour considérer ce cas comme un de ceux qui laissent à désirer, dans lesquels la douleur semble provenir d'une nutrition incomplète du cerveau et être le résultat d'une maladie chronique et sa complication inévitable.

La mort inattendue de son mari, la gêne, des pertes d'argent, contribuèrent à augmenter la gravité et la fréquence des attaques cérébrales. Elles duraient souvent 48 heures, presque sans diminution de douleur, accompagnées d'une grande salivation, et d'une envie incessante d'uriner par grandes quantités à peine colorées ; elle avait souvent deux attaques par semaine, et en gardait une impression pénible. Telle était la situation, lorsque la teinture d'aconit fut ajoutée à une solution d'hydrochlorate d'ammoniaque ; je donnai d'abord des doses d'un scrupule, trois fois par jour, pendant une quinzaine, sans aucun effet. Le 30 octobre dernier, je donnai 5 gouttes de teinture d'aconit, et je portai rapidement les doses à 20 gouttes par jour, en trois fois. La gorge se trouva embarrassée, la langue tourmentée de fourmillements, mais les attaques disparurent pendant un mois. Il en survint une terrible. Nouveau répit d'un mois ; deux attaques alors. J'élevai les doses d'aconit à 65 gouttes en 24 heures ; pas d'attaque pendant trois semaines, puis deux successivement. Je diminuai alors les doses, et les mis à 20 gouttes de teinture d'aconit 3 fois par jour. Bien que l'aconit eût diminué la fréquence du retour des crises, pas un jour ne se passe sans mal de tête ; à 3 ou 4 heures du matin, la malade commence à se lotionner la tête avec l'eau sédative de Raspail qu'elle trouve le plus efficace

de tous les moyens, et dans l'après-midi, elle se trouve mieux. Le répit que lui a donné l'aconit lui permet de sortir et de voir les gens de sa société, chaque jour, suivant le conseil qu'on lui a donné.

Plus tard, quinze jours après une courte attaque, il en survint une nouvelle qui dura quatre fois 24 heures.

La peau était chaude, les lèvres sèches, le pouls à quatre-vingts, les yeux retournés. Elle éprouvait une sensation de sang affluant au cerveau, que six sangsues aux tempes diminuèrent à peine. A l'attaque suivante, elle aspira du nitrate d'amylène dont l'effet de prostration l'effraya. Le chloral en doses de 20 à 30 grains lui procura un sommeil léger, avec une nouvelle sorte de céphalalgie et une congestion douloureuse de la sclérotique. Le docteur Russell Reynold conseilla de la soumettre à l'influence de l'atropine pendant les attaques ; mais l'effet en fut si désagréable qu'elle refusa de continuer. Il conseilla encore l'arséniate de fer qu'elle prit pendant deux mois, sans aucun bon effet, et en causant une toux spasmodique que la position horizontale pouvait seule calmer. La malade prend un mélange de sumbal et de bromure de potassium, avec un bénéfice très douteux. Dix ans se sont passés depuis que ce qui précède a été écrit, et cette dame a mené une vie très active et est beaucoup plus forte, quoique elle passe rarement une semaine sans avoir une crise sérieuse.

3° Pseudo-Narcotisme. — L'observation suivante montrera ce que j'entends désigner par ce terme :

Observation vingt-quatrième. — *Pseudo-Narcotisme.* — Mary H., très forte, moyenne stature, tempérament sanguin, figure joufflue, yeux lourds, marche et maintien incertains, toutes les allures de l'ivresse, âgée de 60 ans, venue au Dispensaire de Paddington, le 24 septembre 1849. Elle fut menstruée à 11 ans, avec étourdissements et somnolence ; le flux fut régulier, mais toujours accompagné de « lourdeur de tête », pour laquelle on la saigna souvent. Mariée à 21 ans, elle eut un enfant à 26. Le temps d'incertitude commença à 40 ans et dura jusqu'à 58, époque où

survint la cessation. Pendant ces 18 ans, le flux menstruel était tantôt peu abondant, tantôt semblable à une hémorrhagie. Elle avait aussi de la leucorrhée, des douleurs aux reins, des faiblesses, des vapeurs, des sueurs, des maux de tête, et se trouvait si étourdie qu'en marchant il lui fallait suivre les bords du chemin, de telle sorte qu'on pouvait la croire ivre. Cependant, elle n'a jamais bu que de l'eau froide, ce qu'a confirmé sa propriétaire. A 58 ans, elle était à l'hôpital pour le traitement d'ascites et de furoncles ; les premiers cédèrent à des diurétiques ; mais depuis six mois elle souffrait de symptômes cérébraux. Une céphalalgie intense, des douleurs, des bourdonnements dans les oreilles, des chaleurs l'accablaient de souffrances ; la sueur couvrait son visage. Tous les vingt-huit jours, ces symptômes sont plus accusés et durent ainsi plusieurs jours. Elle a été incapable de tout travail régulier depuis cinq ans.

Je tirai cinq onces de sang à cette malade, j'ordonnai un purgatif énergique à répéter chaque semaine, quelques verres de limonade à la crème de tartre à prendre chaque jour, et des pédiluves chauds chaque soir.

Ce traitement, suivi pendant quelques semaines, améliora beaucoup son état ; mais elle ne voulut pas être saignée de nouveau, malgré l'utilité incontestable de cette pratique en ce qui la concerne, car nonobstant les saignées auxquelles on l'avait soumise, elle avait toujours des menstrues abondantes.

Il aurait fallu lui tirer trois ou quatre onces de sang chaque mois pendant les deux premiers mois ; puis, continuer tous les trois ou quatre mois, en faisant prendre des bains, des alcalins et des sédatifs doux.

C'est là un des cas les mieux accusés de pseudo-narcotisme que j'aie rencontrés. Il a commencé avec la première menstruation, est revenu à chaque période menstruelle, et a complètement annihilé l'existence de la malade pendant cinq ans.

Quel nom peut-on donner à cette affection nerveuse ? Si on doit l'appeler congestion du cerveau, il n'existe aucun symptôme d'un état semblable dans le cas suivant, où les symptômes nerveux étaient les mêmes.

Observation vingt-cinquième. — *Pseudo-narcotisme.* — Mary G., mince, grande, chevelure noire, complexion délicate, apparence somnolente, paraissant, dans l'état de veille, voir quelque chose d'effrayant, âgée de 49 ans, non mariée. Menstruée à quatorze ans, elle a continué à l'être régulièrement jusqu'à ces deux dernières années, sans autre inconvénient qu'un peu de douleur ou de fatigue : les menstrues sont à présent irrégulières et colorées comme par « de la cendre grise ». Elle est devenue extraordinairement nerveuse ; « elle se trouve stupide, comme si sa tête était une partie morte », et, « cinq minutes après avoir posé les objets quelque part, elle l'a déjà oublié ». Plus d'une fois elle s'est égarée dans des rues bien connues. Elle dort toute la nuit, s'éveille fatiguée, s'endort souvent pendant le jour, et parfois se trouve étourdie et perd tout sentiment une heure durant. Elle se plaint d'une douleur *chaude* au creux de l'estomac, fréquemment accompagnée d'un sentiment d'évanouissement; la douleur est plus vive après les repas. Elle peut rester trois jours sans manger, et alors mange avec avidité.

Depuis six mois, elle a été constipée ; depuis deux ans, elle est dérangée par des vapeurs et des transpirations. J'ordonnai la potion de camphre composée avant, et le carbonate de soude après les repas, 3 grains de pilules bleues et 2 grains d'extrait d'hyoscyamine chaque soir, plus 10 grains de poudre de Dover, un large emplâtre de belladone au creux de l'estomac et un bain de pieds chaud le soir. Ce régime dura une semaine ; je n'ai jamais vu aussi grande amélioration en si peu de temps. Les yeux semblaient se reposer sur les objets qu'ils regardaient ; elle paraissait calme, à l'aise, maîtresse d'elle-même ; elle n'éprouvait plus de sensations anormales, et se trouvait moins étourdie pendant le jour. Je ne revois la malade que lorsque de légers étourdissements reparaissent de temps à autre.

Le pseudo-narcotisme se rencontre ordinairement avec d'autres symptômes cérébraux; mais ce n'était pas là le cas, car il n'existait ni maux de tête, ni nausées causées par la migraine, ni hystérie. Quel est donc le nom de cette affection nerveuse ? Est-ce une congestion du cerveau ? Il n'y en avait pas. Est-ce

de l'anémie ? Nullement. Ce n'était pas davantage de l'hystérie, bien qu'on appelle ainsi ce que l'on ne comprend pas bien. Je dis que des malades ainsi affectées souffrent de pseudo-narcotisme ; en vain objecterait-on qu'il est inutile de donner un nom nouveau à des cas exceptionnels, puisque sur 500, je l'ai constaté 277 fois.

Lors de la puberté, des jeunes filles, naguère vives et intelligentes, paraissent souvent stupides lorsqu'on les envoie faire une commission, en oublient l'objet ou ne savent comment revenir ; quand elles restent à la maison, elles laissent les objets tomber de leurs mains, et ne songent même pas à les ramasser. Le pseudo-narcotisme atteint sa plus grande intensité lorsque la menstruation est très douloureuse, insuffisante ou totalement absente.

J'ai vu cet état résultant de l'aménorrhée être pris pour une affection idiopathique de la tête, chez une jeune fille de 21 ans. On lui rasa la tête, on la saigna, on provoqua la salivation, bref on ruina sa santé. N. G., aux époques menstruelles, dormait, même en marchant; une fois, elle resta seize heures dans un état de stupeur d'où elle s'éveilla guérie. K. R., aux mêmes époques, restait dans ce qu'elle appelait « son attaque de tranquillité », un état d'absorption complète accompagné de phénomènes hystériques ou de convulsions. De pareils exemples sont heureusement rares, car ils présentent la limite extrême d'intensité dans les cas à observer ordinairement.

Les symptômes habituels sont une grande tendance au sommeil, une sensation pénible de lourdeur dans la tête, un nuage ou une toile d'araignée à retirer du cerveau, une répugnance pour tout exercice, une diminution de la mémoire et de l'intelligence. Légers ou intenses, ces symptômes indiquent divers degrés d'une seule affection cérébrale que j'ai décrite dans les mêmes termes que les malades elles-mêmes. Elles dépeignent ce diminutif de coma hystérique, dans lequel, dit Pomme, elles resteraient comme ensevelies vivantes si on ne les en retirait. Un état profond de pseudo-narcotisme est quelquefois la conséquence immé-

diate du coït. Ce fut le cas, constamment, chez une de mes malades, pendant la première année qui suivit son mariage.

Quelquefois, elle voulait secouer cette torpeur, et y réussissait pendant une demi-heure ou une heure ; quelquefois elle finissait par tomber dans un sommeil naturel, suivi de maux de tête et de prostration des forces pendant le jour suivant ; j'ai d'ailleurs vu souvent des malades chez lesquelles le coït produisait un sommeil naturel qu'on n'aurait pas obtenu par des médicaments. Pendant la grossesse, les formes les plus bénignes du pseudo-narcotisme sont fréquentes. La lourdeur de tête, la faiblesse d'intelligence, l'hébétement, la disposition à tomber que l'on considère quelquefois à tort comme des symptômes de pléthore, sont habituellement traités par la saignée. S. C. a toujours reconnu qu'elle était enceinte, en se sentant la tête lourde, des étourdissements, une tendance au sommeil, qui augmentaient à mesure que la grossesse avançait. Chez P. N. il n'existait pas de pseudo-narcotisme lors des menstrues, mais beaucoup pendant la grossesse.

Les plus douces formes du pseudo-narcotisme se voient pendant la période qui suit la lactation. Les physionomistes seront frappés de l'apparence que les femmes présentent à cette période : leur marche incertaine et leurs pas chancelants, leur manque de formes, l'engourdissement et l'expression d'ivresse de leurs yeux, et les efforts qu'elles font pour reprendre leurs esprits lorsqu'ils sont éveillés par une question. Lorsqu'on leur demande ce qu'elles éprouvent, elles se plaignent de « lourdeur dans la tête», « d'une sensibilité bête », « une masse dans la tête », « un mal de tête stupide », « un engourdissement sans douleur dans la tête », « une sensibilité sotte et étourdissante », et « la tête comme une masse morte ». Quelques-unes parlent « d'une impulsion à tomber en avant » ; celles-ci ont souvent des étourdissements, même au lit. D'autres se plaignent « de déraison », « de sensibilité perdue et égarée » « de perte momentanée de l'intelligence », de la crainte de devenir folle ».

A la ménopause, la perte momentanée de la mémoire est quelquefois un symptôme des plus pénibles. Les malades oublient où

elles ont laissé leur bourse, leurs clefs, les objets dont elles se servent habituellement, un instant après les avoir déposés. « J'écris tout cela, sinon je l'oublie », me disait l'une ; « Je m'arrête et me demande si ce que je fais est bien », dit une autre. L'une chargeait ses enfants de lui rappeler les choses ; d'autres oublient leurs rues et leurs noms. Elles disent — qu'elles sont toujours dans un état de sommeil et de rêve — alourdies à dormir mais sans douleur — qu'elles pourraient toujours dormir — qu'elles ont de la peine à tenir les yeux ouverts — qu'elles sont si endormies qu'elles tomberaient de leurs chaises.

Dans un petit nombre de cas cependant, j'ai noté l'absence de sommeil, comme chez M. C., qui dit que sa tête est dans un si étrange état, lors des périodes menstruelles, qu'elle ne peut dormir pendant trois ou quatre jours. Des femmes sentent comme si elles avaient pris quelque chose de trop, comme si elles avaient quelque objet dans la tête ; on les dirait ivres, quand elles passent dans la rue; à la maison, on ne laisse pas ouvrir la porte aux visiteurs.

Le pseudo-narcotisme est très fréquent et très prononcé à l'âge critique, tandis que l'hystérie est rare ; mais il peut alterner avec l'hystérie et avec la gangliopathie, comme chez M. J., qui, à cette époque, souffrait violemment de douleurs dans la tête, par suite desquelles elle devenait complètement livrée au sommeil. Le système nerveux de quelques femmes est si sensible aux influences perturbatrices des ovaires qu'elles ont commencé à être pseudo-narcotisées à huit ans, et que cela a persisté plus ou moins jusqu'après la cessation. En avançant en âge, cette indisposition devient moins fréquente, moins intense ; si le contraire se produit, il dénote une disposition à la folie, comme chez A. H., qui a cessé d'être réglée il y a quinze ans, et est devenue si endormie qu'elle quitte rarement son lit avant cinq heures de l'après-midi.

J'ai donné jusqu'à présent les résultats de mes observations ; mais, comme je pourrais paraître avoir surtout rencontré des cas exceptionnels, je vais citer quelques auteurs estimés qui en ont eu de semblables. Ils se sont peu arrêtés, il est vrai, aux degrés inférieurs du pseudo-narcotisme, les considérant comme des symp-

tômes hystériques, mais ils ont remarqué la coïncidence du sommeil prolongé ou coma avec l'aménorrhée, la grossesse, la lactation et la cessation. Le docteur Sandras, de Paris, cite des cas observés chez des chlorotiques mariées et filles. Le docteur Villarty, de Vitré, a fait connaître (*Union médicale*, tome V) un cas curieux de léthargie, se manifestant régulièrement, chaque mois, chez une jeune fille souffrant d'aménorrhée, l'attaque durant soixante-treize heures, l'état cessant dès que le flux sanguin reparaissait. Le docteur Copland signale le coma comme symptôme d'hystérie grave, chez les sujets pléthoriques, et pendant la grossesse ; il provient, dit-il, de la suppression des règles ou des lochies. Montfaucon établit que, dans quelques cas d'hystérie, le principal symptôme était le sommeil continu, pendant plusieurs jours, interrompu seulement pour prendre de la nourriture. Pomme, qui connaissait bien les désordres nerveux, fait la remarque suivante : — « L'hystérie est quelquefois accompagnée par une sorte de sommeil profond, qui prive les malades de tous sentiments. Elles perdent quelquefois connaissance aussi subitement que dans l'apoplexie, ce qui en a imposé plus d'une fois à ceux qui négligent d'examiner alors l'état de la mâchoire, qui est en convulsion dans l'état hystérique. » — Tissot, et ceux qui ont écrit sur l'onanisme, disent que les malheureux qui y sont adonnés, ou sont privés de sommeil ou sont constamment engourdis.

M. A. Hunter (*Annales de Médecine*, 1799), M. Blake et le docteur Montgomery ont cité des cas où la grossesse était accompagnée d'une grande absorption ; la malade du docteur Montgomery perdit absolument la mémoire pendant tout le temps. Le docteur Reid parle d'une femme qui pouvait fixer l'époque de la conception par un sentiment d'étourdissement et de nausée qu'elle éprouvait. J. Frank a vu des femmes enceintes dormant de 18 à 24 heures, et il remarque qu'il en est qui peuvent reconnaître le coït fécond par des symptômes qui paraissent démontrer que le liquide spermatique est doué de propriétés narcotiques. Baudelocque rapporte que des femmes attaquées d'éclampsie ont été crues ivres par des ignorants ; quoique cette affection se manifeste sans prodromes, les chaleurs, les transpirations, les étour-

dissements, en sont les symptômes précurseurs. Chambon a remarqué les affections soporeuses à l'âge critique. Tissot dit : « J'ai vu l'une des femmes les plus raisonnables et les plus sages que j'aie connues, conserver à la cessation le calme et la gaiété habituelles à son caractère. Mais, en même temps, elle était si tourmentée par des impatiences involontaires, que, si après être demeurée assise pendant dix minutes, elle persistait dans cette position, elle éprouvait des douleurs intenses. Ses nuits étaient souvent sans sommeil, et le séjour au lit lui était pénible. »

Il faut dire que la nature est immuable et que les observateurs rapportent les mêmes faits, bien que leur interprétation soit différente.

Je ne puis mieux conclure ces citations qu'en empruntant à Pomme l'observation d'un cas de pseudo-narcotisme périodique chez une jeune personne.

OBSERVATION VINGT-SIXIÈME. — *Attaques successives de coma aux époques menstruelles.* — M[lle]..., âgée de 18 ans, sanguine et nerveuse, fut soudainement affectée d'étourdissements léthargiques, au moment des règles, dont la venue faisait disparaître ces symptômes. Le mois suivant, le même fait se répéta, mais avec plus d'intensité ; le flux sanguin le fit disparaître ; la troisième fois et les suivantes, la léthargie survint et remplaça la menstruation. Un délire hystérique s'ensuivit ; elle devint violente et refusa toute nourriture pendant dix-sept jours. Pomme la fit mettre de force dans un bain tiède où on la maintint pendant douze heures ; elle devint calme et prit de la nourriture.

Pendant deux mois elle passa chaque jour huit heures au bain ; on fit des affusions d'eau froide à la tête ; le délire disparut et les règles revinrent.

Comme le sommeil est souvent produit par l'action morbide du système ganglionnaire sur le cerveau, on peut poser la question de savoir si le système nerveux n'a rien de commun avec la production du sommeil de chaque jour. Je pense qu'une bonne théorie du sommeil devrait prendre en considération l'influence du système ganglionnaire. A ce propos, je rappellerai le fait cu-

rieux, cité par Frank, d'un homme mort en 1824, au grand hôpital de Vienne, et qui depuis des années, passait sa vie à dormir. L'ouverture du cadavre ne présenta d'extraordinaire qu'une grande hypertrophie des ganglions semi-lunaires et du plexus cœliaque, ainsi que des autres divisions du grand sympathique.

J'ai dit que la singulière condition cérébrale décrite par moi n'avait pas de nom, mais on la confond avec l'hystérie, avec laquelle elle n'a rien de commun, ou avec le coma, maladie rare, qui peut être le résultat d'autres affections. Je lui ai donné un nom parce que les nouveaux mots sont justifiés lorsqu'ils spécifient la nature des choses. M. H. Holland a observé que la difficulté de donner une nomenclature correcte des sensations morbides s'applique particulièrement aux sensations cérébrales. « La stupeur nerveuse » ou « Le narcotisme spontané » pourraient être de bonnes désignations ; mais comme les symptômes sont semblables aux effets légers ou énergiques des poisons narcotiques sur le cerveau, j'ai appliqué à ce groupe de syptômes cérébraux le nom de *Pseudo-narcotisme*, qui exprime typiquement le fait sans préjuger la question.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MEDECINE.

Séance du 4 mars 1884. — *Présidence de* M. Alph. Guérin.

DU SULFATE DE CUIVRE EN OBSTÉTRIQUE.

M. Charpentier lit sur ce sujet un travail dont voici les conclusions :

1° Le sulfate de cuivre employé en solution au centième est un antiseptique de premier ordre et qui peut rendre en obstétrique des services signalés ;

2° Absolument inoffensif pour les malades, d'un prix très modéré, d'un maniement facile, il joint aux avantages d'être un

antiseptique très puissant celui d'être un désinfectant pour ainsi dire instantané ;

3° Qu'il soit employé sous forme d'injection intra-vaginale ou d'injection intra-utérine, son innocuité est absolue ;

4° Le sulfate de cuivre jouit de propriétés astringentes et coagulantes telles qu'il pourrait être substitué, comme hémostatique, au perchlorure de fer, sur lequel il a la supériorité de ne pas salir les plaies ;

5° La solution à employer doit être la solution au centième chauffée à une température de 36 à 38 degrés;

6° L'usage de la solution peut être continué pendant les huit ou dix premiers jours, à plusieurs reprises, dans les vingt-quatre heures, sans que cela détermine chez les malades autre chose que l'abaissement de la température, la diminution de la fréquence du pouls, c'est-à-dire une amélioration rapide et incontestable ;

7° Les chirurgiens ont tout intérêt à essayer cet antiseptique qui, dans un certain nombre de circonstances, et en particulier dans les cas de thrombus volumineux de la vulve, nous a permis d'obtenir la guérison et la réparation du foyer sans une goutte de pus. Dans un cas d'abcès fétide de la cloison urétro-vaginale, il a supprimé tout à la fois, du jour au lendemain, la fétidité et les symptômes généraux résultant de l'infection putride, alors que les solutions phéniquées avaient échoué.

(*Gazette des Hopitaux.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 *mars* 1884. — *Présidence de* M. Marc Sée.

Ovariotomie chez une hystérique. Guérison des accidents hystériques. — *M. Pozzi.* L'utilité de l'opération de Battey (extirpation des ovaires pour guérir des accidents hystériques graves) est encore très discutée ; je viens apporter un fait dans le débat.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, qui a vu, il y a dix ans, se développer des douleurs très vives dans le ventre à la suite d'une métrorrhagie. Bientôt une tumeur apparut du côté gauche de l'abdomen et grossit.

Elle a été bientôt atteinte d'une hémianesthésie et d'une hémiparésie gauches ; elle passait sa vie au lit depuis cinq aus. L'œil gauche est amaurotique, elle a des crises nerveuses érotiques pendant la nuit.

Elle porte dans le côté gauche de l'abdomen une tumeur du volume d'une tête d'adulte, manifestement solide. Je me décidai à l'opérer, pour enlever cette tumeur et non dans l'espoir de faire cesser les accidents hystériques.

Je trouvai une tumeur polykystique de l'ovaire et une petite tumeur fibreuse de l'utérus.

Guérison assez rapide de l'opération après un abcès des parois abdominales.

Aujourd'hui, cette malade est absolument guérie de ses accidents hystériques.

L'hémianesthésie et l'hémiparésie avaient disparu dès le deuxième jour.

L'influence de la castration chez la femme sur les états nerveux est très controversée.

On peut supposer que l'extirpation de l'ovaire malade a eu cette influence heureuse, ou bien que l'opération a agi en déterminant un ébranlement nerveux capable de guérir l'hystérie ; mais on sait que cet ébranlement nerveux a souvent pour résultat de faire apparaître ou d'augmenter l'état hystérique. Dans mon cas, la première hypothèse est la plus admissible.

M. Terrier. Le fait de M. Pozzi est intéressant en ce qu'il montre que l'ablation d'un ovaire malade peut faire cesser des accidents hystériques ; mais il faut attendre encore, car on a laissé un ovaire.

Je crois l'opération de Battey (la castration) indiquée dans le cas d'hystérie rebelle et quand les ovaires sont douloureux. J'ai même été amené dernièrement à la proposer.

Mais je peux citer un cas absolument opposé à celui de M. Pozzi : l'apparition de phénomènes hystériques très graves à la suite d'une opération d'ovariotomie chez une femme qui n'avait eu de crises d'hystérie qu'au moment de la puberté et qui n'en avait pas eu depuis. J'ai opéré cette femme il y a quinze jours, je ne sais ce qui arrivera ; je regrette de n'avoir pas enlevé chez elle les deux ovaires, quoique l'autre ne parût pas malade.

Ça ne change pas néanmoins mon opinion au sujet de l'utilité,

dans quelques cas, de l'opération de Battey pour des tumeurs très peu volumineuses.

M. Reclus. Je pourrai plus tard fournir une observation d'une femme que j'ai ovariotomisée il y a deux mois; elle avait eu des attaques d'hystérie avant son opération : elle en a eu de très graves pendant trois semaines après son opération, puis tout a cessé; maintenant je ne sais pas si elle est définitivement guérie de son hystérie ; je fournirai plus tard l'observation.

M. Gillette. M. Pozzi a fait une castration accidentelle. Mais la castration, faite de parti pris, pour enlever un ovaire sain à une femme hystérique, est une mauvaise opération et une opération peu raisonnable : il faut des indications bien nombreuses et bien pressantes. Je connais deux cas d'opérations faites par un chirurgien de Paris : l'un n'a pas été très brillant ; l'autre, je n'en sais pas le résultat.

M. Terrier. M. Gillette cite deux cas d'opération de Battey; je n'en parle pas, puisqu'il ne cite pas d'observation. Quant à dire que l'opération n'est pas raisonnable, je ne saurais y souscrire; beaucoup d'opérations ont été qualifiées de peu raisonnables, qui ont été ensuite faites couramment.

M. Gillette ne me paraît pas avoir une idée exacte de la valeur absolue de l'opération de Battey ; elle ne se fait pas seulement sur des ovaires sains : le plus souvent ils sont malades et adhérents, d'où des difficultés très grandes. L'opération de Battey a été toujours proposée dans le cas de douleurs ovariennes vives. On l'a faite aussi pour remédier à des hémorrhagies dans le cas de corps fibreux inopérables, où elle a donné de bons résultats.

M. Polaillon croit aussi l'opération de Battey indiquée dans certains cas d'hystérie grave et rebelle avec douleurs ovariennes violentes; je l'ai proposée, moi aussi, elle a été refusée.

M. Pozzi. Je me félicite d'avoir soulevé cette discussion. J'ai rapporté un cas qui plaide en faveur de l'opération de Battey : il y a des cas défavorables.

Il est bon, pour juger l'influence de l'opération, de faire le départ de ce qui appartient au traumatisme et de ce qui appartient à l'extirpation des ovaires, et pour cela il faut attendre deux ou trois mois : il se peut que l'influence de l'opération de Battey ne se fasse sentir qu'au bout de ce temps-là.

Il serait trop long de discuter la valeur de l'opération de Bat-

toy : pour les corps fibreux inopérables elle est devenue classique en Allemagne, en Angleterre et en Amérique.

(*La France médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

***Séance du 12 mars 1884. — Présidence de* M. MARC SÉE.**

OVARIOTOMIE. — HYSTÉRIE. — M. TERRIER complète l'observation dont il a parlé dans la dernière séance, à l'occasion de la communication de M. Pozzi.

Il s'agit d'une jeune femme, fille et sœur d'hystériques, très nerveuse elle-même, qui, une première fois, a eu des accidents hystériques liés à des troubles utérins. Puis elle eut deux grossesses, l'une à vingt-cinq l'autre à vingt-huit ans, sans accidents hystériformes. Ceux-ci reparurent, en même temps que de nouveaux troubles utérins ; puis survint un kyste ovarique dont la marche et le développement n'entraînèrent jamais la moindre attaque d'hystérie. M. Terrier enleva l'ovaire ; elle fut aussitôt reprise d'accidents hystériques très intenses. Ce matin même, ayant reconnu chez elle la présence d'une fissure à l'anus, M. Terrier la soumit au chloroforme pour l'opérer ; au début même de l'anesthésie, elle eut une violente attaque.

M. MARJOLIN dit qu'il sera intéressant de suivre cette malade pour savoir quelle pouvait être l'influence de la fissure anale sur les accidents nerveux. Il rappelle, à cette occasion, une observation recueillie par son père ; il s'agissait d'une dame qui éprouvait des douleurs excessives quand elle allait à la garde-robe et qui était tombée dans des accès de véritable mélancolie. M. Marjolin père, ayant reconnu l'existence d'une fissure à l'anus, l'opéra par la méthode de Boyer. Aussitôt tous les accidents nerveux disparurent.

(*Gazette des Hopitaux.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES.

Séance du mercredi 13 février.— Présidence de M. le Dr* LAENNEC, *directeur de l'Ecole de médecine.

PSEUDO-KYSTE DE L'OVAIRE. — *M. Jouon.* — M. Heurtaux présente, de la part de M. le Dr Fr. Joüon, une pièce provenant

d'un pseudo-kyste ayant donné lieu à tous les signes cliniques d'un vrai kyste de l'ovaire. La malade, âgée de 45 à 50 ans, avait vu depuis plusieurs mois son ventre augmenter de volume, devenir globuleux, fluctuant. Elle n'accusait du reste aucun antécédent particulier, aucun phénomène phlegmasique antérieur, et la gêne résultant du développement du ventre l'avait seule amenée à réclamer l'intervention chirurgicale. Une incision faite sur la ligne médiane de l'abdomen mit à découvert une surface épaisse, lisse, résistante, semblable à celle d'un kyste. De nombreuses adhérences existaient entre cette surface et la paroi abdominale, surtout sur les parties latérales. Une ponction donna issue à plusieurs litres d'un liquide citrin, semblable au liquide kystique, dont l'écoulement se suspendit à plusieurs reprises pour recommencer lorsqu'on déplaçait l'extrémité de la canule dans différentes directions. La dissection des adhérences fut laborieusement poursuivie à l'aide du thermo-cautère, des ciseaux et des doigts. L'opérateur eut beaucoup de peine à détruire une adhérence très serrée qui existait à la périphérie de la poche et l'unissait aux colons transverse, ascendant et descendant. Cette adhérence une fois divisée, apparut l'intestin grêle parfaitement libre. La poche, que l'on avait prise pour un kyste, n'avait donc pas de paroi postérieure, elle était comparable à une calotte et se trouvait encadrée à la façon d'un verre de montre par l'arc du colon. C'était une sorte d'opercule recouvrant la masse de l'intestin grêle.

La cavité était donc constituée : en avant par une paroi convexe antérieurement, fibreuse, épaisse et résistante ; en arrière par les méso-colons et l'intestin grêle. Il faut noter qu'il n'existait pas trace du grand épiploon. La malade ne survécut que quelques heures à l'opération. — La poche incomplète qui est présentée, représente un segment de sphère ayant à sa base un diamètre de 25 centimètres environ. Sa surface externe est lisse, d'apparence fibreuse. Quant à la face interne, elle présente un aspect particulier, elle est aréolaire. Ces caractères, rapprochés de l'absence d'épiploon, font présumer que la poche en question est constituée à sa face interne par l'épiploon dégénéré consécutivement à une péritonite partielle. Quant à la face externe, si différente d'aspect, il est supposable qu'elle est formée par des néo-membranes organisées et soudées au gros intestin. M. Heur-

taux fait remarquer l'extrême rareté de ce fait. C'est le seul de ce genre qu'il lui ait été donné d'observer.

TROIS CAS D'OVARIOTOMIE. — *M. Heurtaux.* — 1° M. Heurtaux présente un premier kyste de l'ovaire enlevé à l'hôpital chez une jeune femme de 22 ans. Ce kyste avait débuté il y a trois ans. La malade avait subi deux ponctions, l'une en février, l'autre en octobre. Le kyste était uniloculaire, il n'existait pas d'adhérences, l'opération fut peu laborieuse. Les suites furent très simples, quoique dans les jours qui suivirent, la température ait atteint 40°,2.

2° Le second kyste fut également enlevé à l'hôpital mais dans des circonstances bien plus graves. La malade, âgée de 24 ans, avait mené à bien une grossesse sept mois auparavant et son accouchement avait été facile. Quatre mois et demi après la délivrance, le volume du ventre s'accrut rapidement ; la fièvre s'alluma et l'état général devint mauvais. La malade, qui habitait alors Paris, fut ponctionnée par Duplay ; le liquide avait une couleur verdâtre au dire de la patiente. L'opération proposée à Paris, fut refusée, et la malade revint à Nantes où elle se décida à subir l'ovariotomie. A son arrivée, elle était dans un état des plus alarmants : la température dépassait 40° degrès et se maintint les jours suivants au-delà de 39°. Il y avait de la diarrhée, des vomissements. L'état de la malade allait en déclinant. Le diagnostic du kyste suppuré de l'ovaire fut alors porté.

Le ventre, très volumineux, était fluctuant, on constatait une zone un peu compacte dans sa partie gauche. Une ponction, faite avec l'aspirateur de Behier, donna issue à trois litres un tiers de pus tenant en suspension des flocons purulents. L'opération fut faite quelques jours après. On put, avec beaucoup de peine, évacuer la poche, de gros flocons venant sans cesse obstruer la canule du trocard qui cependant était très grosse. Ces flocons, de la grosseur du pouce, avaient l'aspect des crachats de phthisiques. Lorsqu'il s'agit d'extraire la poche, comme elle était très friable, elle se déchira, ce qui permit au liquide kystique de s'épancher dans la cavité abdominale. Néanmoins, on réussit à amener au-dehors la poche tout entière. Deux ou trois heures après, l'opérée était dans un état de dépression considérable qui nécessita l'emploi des stimulants : alcool, injections sous-cutanées d'éther, etc. Le lendemain soir, c'est-à-dire 30 heures après

l'opération, la malade succomba. L'autopsie ne fit découvrir ni hémorrhagie intra-abdominale, ni péritonite, ni lésions viscérales. Les poumons étaient indemnes et l'on dut rapporter la mort au choc traumatique. Ce fait est intéressant à ce titre qu'il s'agit d'un kyste ayant suppuré sans traumatisme, mais plutôt sous l'influence de la tendance à la purulence créée par l'état puerpéral.

3° Le troisième kyste fut enlevé également à l'hôpital chez une femme de 52 ans, d'une bonne santé habituelle. La tumeur avait donné lieu à plusieurs erreurs de diagnostic. Pendant un séjour de la malade dans son service, M. Chenantais avait diagnostiqué un fibrome utérin. — La tumeur, à cette époque, avait le volume du poing, elle était dure, indolore et située à gauche de la ligne médiane. — Au mois de septembre, alors que M. Poisson faisait le service de la clinique chirurgicale, la tumeur avait presque doublé de volume, elle était assez nettement lobée et s'avançait jusqu'à l'hypogastre. Elle était dure, un peu mobile. Le diagnostic de tumeur fibreuse fut maintenu. MM. Chenantais et Heurtaux eurent occasion d'examiner à nouveau la malade au mois de novembre et purent constater que la tumeur avait le volume d'une tête de fœtus, qu'elle était légèrement lobée et de consistance très ferme. Cependant, un examen attentif faisait reconnaître dans la tumeur deux portions ; l'une solide en bas, l'autre liquide au-dessus. C'est alors qu'on pensa qu'il s'agissait d'une tumeur fibro-kystique de l'utérus, se rattachant à la matrice par un pédicule assez grêle. Le ventre étant très tendu et la malade accusant une assez grande gêne, une ponction fut faite et répétée à trois reprises et à différents intervalles. Le liquide évacué était rosé et son aspect ne fit que confirmer le diagnostic de tumeur fibro-kystique.

L'opération ayant été faite, on se trouva en présence d'un kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. Des adhérences existaient à droite avec l'épiploon au niveau de l'ovaire et de la trompe du même côté. L'opérée succomba au bout de 30 heures, avec tous les signes de péritonite.

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE. — *M. Ollive.* — M. Ollive présente différentes pièces osseuses paraissant appartenir à un fœtus de quatre mois environ : ces fragments, parmi lesquels il est facile de reconnaître une omoplate, deux fémurs, un tibia et

plusieurs côtes, ont été expulsés spontanément par la vessie chez une femme du service de M. Laboulbène, à la Charité, et dont M. Ollive rapporte l'intéressante observation. Cette femme, âgée de 30 ans, était entrée à l'hôpital au mois de janvier. La menstruation, ordinairement régulière, s'était suspendue au mois de septembre sous l'influence d'une grossesse probable. Un mois après la suppression des règles, des symptômes de péritonite apparurent et furent énergiquement combattus. A son entrée à l'hôpital, au mois de janvier, on put constater une tumeur intra-abdominale, au niveau de laquelle la malade accusait des douleurs très vives, s'accompagnant de dysurie, sans que rien dans l'aspect des urines ne décelât la cystite chronique. C'est alors que la malade se mit à rendre par l'urèthre, à plusieurs reprises, les fragments osseux en question. — Dans l'intervalle, une exploration attentive fit reconnaître qu'il existait un orifice du côté gauche de la vessie qui faisait communiquer cette cavité avec la cavité du kyste fœtal. Au mois d'août les règles, suspendues jusque-là, reparurent en même temps que cessaient les symptômes pénibles qui avaient amené la malade à l'hôpital.

(*Gazette médicale de Nantes.*)

REVUE DE LA PRESSE

LES VULVITES

M. le professeur Brouardel vient de publier à ce sujet un mémoire dont il avait donné lecture à la Société de médecine légale (1), et dont nous croyons utile de rapporter ici les points principaux.

Il arrive fréquemment que des parents de bonne foi, avec la complicité de bonne foi également, mais ignorante, d'un médecin, portent à faux contre un innocent une accusation déshonorante. Ce sont les causes d'erreur qui peuvent tromper le médecin que M. Brouardel a voulu mettre en lumière.

Il est tout d'abord un point fort important, mais trop peu connu : c'est la manière dont on doit faire l'*examen de l'hymen*. Sous le rapport de sa *profondeur*, la membrane hymen occupe des plans variables suivant l'âge et l'état d'embonpoint des petites filles. Dans la pre-

(1) Des causes d'erreur dans les expertises relatives aux attentats à la pudeur. Paris, 1883.

mière enfance, la membrane hymen est très profonde. Chez les petites filles bien portantes, de constitution lymphatique, grasses, cette situation persiste quelquefois des années : d'où fréquemment une erreur qui consiste à déclarer que l'hymen a complètement disparu. Chez les enfants maigres, au contraire, la membrane hymen est placée, non pas superficiellement, mais à peine à une profondeur de un centimètre.

La forme de l'hymen n'est pas moins variable. Chez les enfants nouveau-nées, l'hymen offre presque toujours une forme labiée. Une fente antéro-postérieure sépare les deux valves, allant depuis le bulbe du vagin en avant jusqu'à la partie postérieure.

Comme variations de formes pouvant induire le médecin en erreur, il faut signaler les suivantes : en premier lieu, l'existence de plicatures sur les deux valves de l'hymen. Chacun de ces replis présente des lignes saillantes séparées par un sillon : il faut éviter de prendre ces sillons naturels pour des déchirures anciennes.

Dans un premier type, il n'y a qu'un sillon placé à la partie postérieure de l'hymen : il est formé par le passage de la partie postérieure de la lèvre hyménale gauche en avant de la droite ; les bords peuvent se froncer, former des replis, des sillons, qu'il ne faut pas prendre pour des déchirures anciennes.

Un deuxième type est le type *en croissant*. Il peut arriver que les branches du croissant qui vont s'insérer plus ou moins près de la colonne antérieure du vagin, subissent des arrêts de développement. Le bord libre présente alors des encoches. Mais l'intégrité du bord libre de ces encoches, lorsqu'on les déplisse, permet rapidement de faire la distinction entre un arrêt de développement naturel et des déchirures accidentelles.

Il faut encore signaler un troisième type. M. Delens a décrit les hymens *à deux orifices symétriques*, placés sur les parties latérales d'une bride médiane allant de la colonne antérieure du vagin à sa partie postérieure. Mais souvent cette bride médiane n'existe plus que dans ses vestiges : sa partie médiane n'est plus représentée que par une ou par deux petites saillies. De chaque côté, se trouvent deux encoches profondes qui les séparent des autres parties de la membrane hymen : or, c'est là une disposition qui a les plus grandes analogies avec l'une des formes habituelles des déchirures de l'hymen.

Pour s'assurer que l'hymen est intact, il faut passer derrière, soit l'extrémité du doigt, si la dimension de l'orifice le permet, soit l'ex-

trémité d'une sonde mousse. Ce n'est qu'après avoir fait disparaître les divers plis que l'on peut affirmer que les sillons décrits plus haut ne sont pas d'anciennes cicatrices.

M. Brouardel étudie ensuite les *vulvites*. C'est là un diagnostic fort difficile. Aussi la première règle d'expertise doit-elle être *de ne jamais conclure sur un seul examen*. Parmi les inflammations non ulcéreuses de la vulve, il faut citer tout d'abord la *vulvite spontanée*, très fréquente chez les petites filles lymphatiques, et surtout malpropres, vulvite qui peut être aiguë ou chronique.

La *vulvite traumatique* résulte, au contraire, d'un attouchement unique et plus ou moins violent ou bien d'attouchements peu violents, mais répétés. Or, dit M. Brouardel, nous avons en vain cherché dans les auteurs des caractères distinctifs entre la vulvite traumatique et la vulvite spontanée. Lorsque les violences ont été assez vives pour produire des ecchymoses, des déchirures, l'origine de l'inflammation ne saurait être douteuse ; mais ces cas sont les plus rares, et le plus souvent on ne constate qu'une inflammation de la muqueuse vulvaire, dont la valeur est extrêmement difficile à déterminer. La marche peut fournir quelques indications :

Pour Casper et Liman, la blennorrhée mécanique s'établit tout de suite, tandis que les symptômes de la blennorrhagie sont précédés par une incubation de trois ou quatre jours.

Pour M. Brouardel, la douleur provoquée par un traumatisme portant sur les organes génitaux a son maximum immédiatement après l'acte, puis elle subit une nouvelle exaspération lorsque l'inflammation se développe. Or, celle-ci ne semble prendre toute son intensité que vers le troisième ou le quatrième jour.

Quant à la durée, elle est fort variable. Chez une petite fille saine, bien soignée, elle dépassera rarement douze ou quinze jours. Chez une enfant lymphatique, mal soignée, elle pourra persister à l'état aigu beaucoup plus longtemps ou bien être le point de départ de ces leucorrhées chroniques qui durent souvent des années.

La *vulvite blennorrhagique* ne diffère guère comme symptômes de la vulvite spontanée et de la vulvite traumatique.

Le signe différentiel le plus important est la présence de l'*uréthrite* qui, d'après Ricord, sans être un signe incontestable, a une grande valeur pour prouver qu'un écoulement a été transmis. Il faut signaler surtout la marche et la durée de la vulvite. La durée de la vulvite blennorrhagique est beaucoup plus longue que celle des vulvites spon-

tanées et traumatiques : elle se compte non plus par semaines, mais par mois.

Les ulcérations de la vulve sont de diverses espèces : on peut rencontrer le chancre induré, le chancre mou, les plaques muqueuses, les ulcérations herpétiques, les ulcérations superficielles dues à l'intensité d'une vulvite spontanée, traumatique ou blennorrhagique. Le chancre bien développé, les plaques muqueuses sont faciles à diagnostiquer : il n'en est pas de même des érosions de la vulve. Le chancre à sa période embryonnaire ne possède pas un seul caractère propre : la seule réponse que l'on puisse faire, c'est « qu'il faut attendre ». Mais, si après une ou deux semaines de début, il n'y a pas d'induration et d'adénopathie, on n'a pas affaire à un chancre.

Le diagnostic du chancre et de l'herpès est souvent fort difficile. M. Fournier a donné pour ce diagnostic des signes très nets et qui rendent les plus grands services. Entre l'herpès vulvaire et les plaques muqueuses, on a quelquefois également beaucoup de peine à se prononcer.

La vulvite aphtheuse et la gangrène de la vulve, qui en est souvent la conséquence, sont souvent méconnues par des médecins peu experts dans les maladies des enfants et qui voient dans ces ulcérations des lésions syphilitiques, ou qui, si la gangrène est déjà survenue, trouvent dans la gravité des lésions la preuve de violences exercées avec une sorte de fureur. Quatre fois sur cinq, cette éruption aphtheuse survient en même temps qu'une autre maladie, principalement la rougeole. Enfin, *la vulvite diphthérique* elle-même a été prise pour une vulvite traumatique.

La vulvite érosive elle-même peut prendre un aspect *chancriforme* capable d'en imposer à des maîtres, ainsi qu'il appert d'une observation de M. Fournier. D'où cette conclusion par laquelle nous avons débuté, qu'il ne faut pas se décider sur un premier examen, mais savoir attendre.

(*La France médicale.*)

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE ANCIENNE. — EXPULSION PAR LA VESSIE DE PORTIONS DU SQUELETTE. — GUÉRISON.

Par le Dr G. Ollive, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Il n'y a pas un siècle que l'on connaît d'une façon certaine l'existence des grossesses extra-utérines et depuis lors, depuis Baudelocque

qui s'en est le premier occupé d'une manière complète, les travaux relatifs à cette question se sont multipliés. Les uns se sont occupés plus spécialement de la pathogénie et de l'anatomie pathologique, recherchant comment l'ovule fécondé peut se développer en dehors de l'utérus; les autres ont eu surtout en vue d'étudier les modes de terminaison et le traitement de ces grossesses.

Certainement, quand il s'agit d'une affection qui menace si directement la vie de la femme, on doit s'occuper avant tout du mode de terminaison et au besoin le diriger, s'il est possible. Aussi nous semble-t-il toujours intéressant de faire connaître comment peut se terminer une grossesse extra-utérine.

Pendant notre internat à l'hôpital de la Charité dans le service de notre excellent maître, le professeur Laboulbène, nous avons pu observer une grossesse extra-utérine ancienne dont la terminaison mérite d'être rapportée.

Le 9 janvier 1882 entrait à l'hôpital de la Charité la nommée D..., veuve C...., âgée de 39 ans, qui se plaignait de douleurs abdominales, d'envies fréquentes d'uriner avec ténesme vésical ; enfin, quand elle changeait de position, elle souffrait encore davantage. L'état général de notre malade est des plus satisfaisants, les règles sont régulières depuis le mois d'août 1880. Les urines, rendues en petite quantité à la fois, n'offrent point les caractères des urines de la cystite chronique, et nous pouvons d'ailleurs ajouter que la dysurie n'est pas continuelle, qu'elle cesse pour réapparaître plus tard.

Voici ce que l'interrogatoire de la malade nous apprend : il y a trois ans, en *septembre* 1879, pendant une époque menstruelle, elle eut de fréquents rapports sexuels. Le mois suivant les règles manquèrent, faisant croire à la malade qu'elle était enceinte, et enceinte depuis un mois déjà, car il n'y avait pas eu d'autres rapprochements depuis septembre. Mais des symptômes de péritonite se manifestèrent, il y eut de vives douleurs abdominales, de la diarrhée et des vomissements, la malade dut entrer à l'hôpital, où on la soumit à un traitement énergique : ventouses scarifiées, sangsues, vésicatoire, etc. ; et pendant le séjour de deux mois qu'elle fit à l'hôpital, apparut dans le flanc gauche une tumeur assez volumineuse. Elle ne sort que quelques jours de l'hôpital, pour y bientôt rentrer, le ventre est dur, ballonné.

Au mois de *mars* 1880, elle entre à l'Hôtel-Dieu dans le service

de M. le Dr Empis, et elle y séjourne jusqu'au 25 octobre. Au mois d'*août*, elle rend par la vessie des fragments d'os ou de cartilages En *septembre* 1881, nouveau séjour de six semaines à l'hôpital. A cette époque, elle rend du pus par l'urèthre.

A quelle époque devons-nous, au milieu de tous ces accidents, faire remonter la mort du fœtus ? A quelle époque fixer l'ouverture du kyste fœtal dans la vessie ? Ce sont là deux questions assez difficiles à résoudre et que l'interrogatoire de notre malade n'a pu suffisamment éclairer.

A aucune époque, il n'y a eu de montée de lait, et l'on sait que c'est souvent là un phénomène coïncidant avec la mort du produit de la conception.

Mais revenons à notre malade et tâchons de rendre un compte exact de ce qu'elle nous présente en *janvier* 1882, pendant son séjour à l'hôpital de la Charité. La palpation de la région abdominale, et surtout des fosses iliaques ne révèle la présence d'aucune tumeur, et il n'y a pas de douleur ; mais le toucher vaginal va nous fournir de précieux renseignements, sans qu'il nous soit cependant possible de préciser d'une manière exacte la position du kyste fœtal.

La partie supérieure du vagin paraît agrandie et l'utérus en antéversion paraît par sa face antérieure constituer comme le plafond de la cavité vaginale ; le col regarde la concavité du sacrum.

L'utérus est maintenu presque immobile dans cette position. Le cul-de-sac latéral droit est un peu agrandi et le gauche est moins profond et un peu plus résistant. Nulle part de points douloureux. Il n'y avait point là d'indications bien précises, et notre indécision resta la même, malgré l'avis d'un maître éminent en gynécologie, le Dr Bernutz.

La malade était déjà depuis plusieurs jours dans le service, ne se plaignant que d'envies un peu fréquentes d'uriner, de douleurs se manifestant du côté de la vessie, surtout en changeant de position, lorsqu'un matin elle se plaignit d'une douleur plus vive au voisinage du méat urinaire. Faisant prendre à la femme la situation habituelle, à l'examen des organes génitaux, je constatais, après avoir écarté les grandes lèvres, la présence au méat d'un petit os plat rappelant vaguement la forme d'une omoplate. Après avoir enlevé cet os, je ne pus résister au désir d'introduire une sonde dans la vessie, la sonde de femme ordinaire. Dans l'urèthre, cette sonde frottait contre un corps résistant, c'était un petit os long qui fut rendu dans une miction sui-

vante. Dans la vessie, je ne découvris la présence d'aucun corps étranger, mais, à un moment, ma sonde arriva à l'orifice d'un conduit où je constatai la présence d'un corps résistant. Plus tard, je ne pus jamais retrouver cet orifice.

J'engageai dès lors ma malade à n'uriner que dans un vase et à conserver avec soin tous les os ou portions d'os qu'elle pourrait rendre.

Pendant le séjour qu'elle fit à l'hôpital, elle rendit successivement deux côtes, quatre os longs, fémur, humerus ou tibia ayant 22, 20, 17, 16 millimètres et quelques fragments d'os plats impossibles à reconnaître. Pendant l'année 1882, nous eûmes à plusieurs reprises l'occasion de revoir notre malade ; elle ne rendait plus de fragments osseux, ne se plaignait d'aucune douleur et paraissait jouir de la plus parfaite santé.

D'après le volume des os expulsés, nous pourrions dire que la durée de la grossesse extra-utérine paraît avoir été de trois mois et demi à quatre mois ; mais, comme nous l'avons dit déjà, au milieu de tous les accidents que cette malade nous rapporte, il est bien difficile de dire quelle a été l'époque exacte de la mort du fœtus. C'est le temps que durent en général les grossesses extra-utérines ; car si l'on relève les tableaux statistiques, l'on voit que, pour les grossesses interstitielles, tubaires ou ovariques, c'est le troisième, le quatrième et le cinquième mois qui donnent le maximum de durée ; c'est aussi celui des grossesses abdominales quand elles ne dépassent pas le terme habituel.

Dans le cas actuel, il est presque impossible de savoir quelle a été la variété de grossesse et même de faire une hypothèse.

Quant à ce mode de terminaison, ouverture du kyste fœtal dans la vessie, il est assez rare, et dans la thèse de Deschamps, la proportion ne serait que de six pour cent environ. Nous n'avons pas besoin de faire ressortir la gravité d'un pareil accident, et cependant les cas de mort relatés par Deschamps dans sa thèse ne sont pas fréquents. Enfin, dans notre cas, malgré les symptômes graves accusés par notre malade à une époque antérieure, tout se passait avec une bénignité qui ne faisait avoir aucune crainte sur l'issue finale.

(*Gazette Médicale de Nantes.*)

LE LAIT UTÉRIN DANS LE PLACENTA HUMAIN.

Par HOFMANN. (*Zeitsch. f. Geb. und. Gyn.*, VIII, 2.)

L'auteur a fait ses expériences sur 40 placentas à maturité, et un grand nombre d'autres abortifs, à différentes époques de leur développement. Avec un grossissement de 500 diamètres, il a observé :

1° Des corpuscules rouges, de 4 à 8 millièmes de millimètres et d'une couleur variable. Dans les placentas non encore mûrs, ils n'ont que peu de tendance à se former en rouleaux ;

2° Les corpuscules rouges avaient de 5 à 10 millièmes de millimètres et étaient plus nombreux que dans les préparations ordinaires du sang ;

3° La plus grande partie du champ était occupée par ce qu'on appelle les corpuscules du lait utérin, qui sont arrondis, transparents, pourvus d'une membrane extérieure très mince, peu réfringente ; leur diamètre varie de 1 à 2 millièmes de millimètres ; ils ressemblent beaucoup aux corps semblables que l'on trouve chez la vache ; ils sont plus pâles que les corpuscules du lait mammaire et ressemblent davantage aux corpuscules de l'albumine ;

4° Le reste du champ du microscope était occupé par un liquide intercellulaire clair.

Le liquide renfermait en outre :

5° Des cellules déciduales de 25 à 50 millièmes de millimètre, avec des noyaux et des nucléoles ;

6° Des corpuscules ronds de 1/2 à 5 millièmes de millimètre, ressemblant aux corpuscules rouges ;

7° Quelques petits corps de formes variées, les uns colorés comme l'hématine, les autres incolores ;

8° Quelques groupes de granules pigmentaires ;

9° Quelques corpuscules d'un bleu azuré, de forme irrégulière, dont l'origine est inconnue.

Hoffmann conclut que les matériaux nutritifs fournis au fœtus par le placenta sont le sang et le lait utérin. Le liquide recueilli dans une éprouvette se sépare : les globules rouges se déposent au fond, laissant au-dessus le lait utérin mêlé au sérum ; celui-ci forme des flocons épais, d'un bleu opalescent. La couleur du liquide, au moment où on le recueille, varie du rouge pâle au rouge cerise.

Hoffmann ne peut pas dire quelle est la proportion du sang et du lait utérin aux différentes époques de la grossesse. Le lait paraît être

produit par les cellules de la caduque, ce que croit aussi Ercaloni, d'après ses expériences sur les singes.

Voici les conclusions de l'auteur :

1° La caduque a pour fonction, chez les animaux et chez l'homme, de fournir au fœtus une partie de la nourriture nécessaire à son accroissement ; dans ce but, la sérotine ou caduque placentaire devient un organe spécial destiné à la *sécrétion* du lait : elle est expulsée après la sortie du fœtus, comme une partie intégrante du placenta.

Le produit de cet organe, qu'on a nommé le lait utérin, est sécrété dans les espaces dans lesquels plongent les touffes placentaires. Cette sécrétion se mêle au sang maternel répandu dans ces espaces, et leur mélange forme la nourriture du fœtus, qui se l'approprie à l'aide des touffes placentaires. Le mécanisme de cette absorption sera étudié plus tard. (*Annales de Gynécologie* et *Paris médical.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

DU TRAITEMENT DES DÉCHIRURES DE L'UTÉRUS SE PRODUISANT PENDANT LE TRAVAIL.

Par M. Hofmeier.

(*Centralblatt f. Gynækologie*, 7 juillet 1883, p. 473.)

Les cas de rupture de l'utérus pendant l'accouchement ayant été guéris par l'emploi de la méthode antiseptique et du drainage, sont actuellement au nombre de huit : trois de Frommel, un de Graefe, un de Morsbach, un de Felsenreich, un de Mann, et enfin un de Schleisner.

Dans trois de ces cas seulement la rupture utérine était complète, et l'enfant avait passé dans l'intérieur même de la cavité péritonéale. Dans les autres cas la rupture étant incomplète et le feuillet péritonéal intact, le fœtus était resté extra-péritonéal.

Hofmeier publie un cas rentrant dans cette dernière catégorie et également suivi de guérison. L'enfant de cette femme, apportée à la Maternité de Berlin alors que la rupture était produite, fut extrait par la version ; et, après cette extraction, on put s'assurer que la rupture utérine n'était qu'incomplète. On plaça dans la rupture un tube à drai-

nage, mais qui fut déplacé par la surveillante au bout de douze heures et enlevé à ce moment. Grâce à toutes les précautions antiseptiques les plus minutieuses et sans l'aide du drain, la malade guérit, après avoir présenté une réaction inflammatoire du côté du péritoine assez vive.

Les bienfaits du drainage dans ce dernier cas sont regardés par l'auteur comme à peu près nuls, et l'heureux résultat est dû simplement aux autres précautions antiseptiques. Dans les cas de rupture complète, alors que le fœtus est passé dans la cavité péritonéale, le drainage a-t-il toute l'importance qu'on a voulu lui prêter en pareil cas ? Cette question est encore à résoudre ; l'auteur ne voit pas pourquoi, dans ces cas de rupture complète, la laparotomie, faite avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses, ne donnerait pas les meilleurs résultats.

A la question de l'utilité du drainage, nous pourrons répondre par deux cas observés cette année à la Maternité de Paris. Le premier, que nous n'avons pu suivre dès le début, car il s'était fait avant le 1er janvier, où, à l'aide simplement d'injections vaginales avec une solution de sublimé de 1 millième pur ou 2 millièmes, la malade a pu guérir après une convalescence assez longue pendant laquelle se sont développés des abcès autour de la rupture utérine. — Dans le second cas, la rupture n'a été diagnostiquée qu'après la naissance de l'enfant, extrait par la version, la rupture était complète et assez considérable, un fragment du grand épiploon pendait à la vulve, et on a dû le réduire avec les doigts. Une injection fut faite dans le vagin, de suite après la délivrance, et, quelques instants après, quand on voulut installer le tube à drainage, comme les tissus étaient revenus sur eux-mêmes, et la solution de continuité étant difficile à trouver avec deux doigts, il aurait fallu introduire toute la main, on se contenta de diriger le tube dans le sens où la rupture avait été constatée, sans qu'on puisse affirmer qu'il y ait bien pénétré. Le tube à drainage fut d'ailleurs enlevé le jour suivant et on se contenta d'injections vaginales excessivement fréquentes d'une solution de sublimé.

Ces deux cas plaident contre le drainage et viennent à l'appui de l'opinion d'Hofmeier et aussi de quelques autres auteurs, qui ont montré que le drainage, pour une cavité séreuse telle que le péritoine, donnait des résultats bien différents de ceux qu'il présentait pour le traitement des cavités ou surfaces suppurantes en d'autres parties du corps. Ces deux cas n'ont pas encore été publiés en détail ; ils le se-

ront quand de nouvelles observations permettront d'établir avec plus d'autorité le mode d'application de la méthode antiseptique qui semble le plus rationnel dans des cas semblables.

(*Bulletin de thérapeutique* et *Médecin praticien.*)

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CARCINOME DU COL DE L'UTÉRUS.

On est loin de s'entendre sur la valeur des différents procédés opératoires proposés pour le traitement du cancer du col de l'utérus. A la clinique gynécologique de Vienne, nombre de femmes affectées d'une dégénérescence carcinomateuse de la portion cervicale ont subi l'amputation du col par le procédé de l'anse galvano-caustique. M. Pawlick, privat-docent à la faculté de Vienne, a eu l'idée de s'enquérir du sort de ces femmes, et il a recueilli des renseignements très intéressants qu'il soumet à l'appréciation des chirurgiens.

Sur 136 femmes affectées d'un carcinome du col et opérées par le procédé de l'anse galvano-caustique :

10 sont mortes à l'hôpital ;

22 n'ont pas été retrouvées ;

16 ont quitté l'hôpital non guéries ;

31 sont mortes hors de l'hôpital ;

22 ont eu des récidives ;

2 sont mortes en couche, sans récidive ;

33 se portaient parfaitement bien, et cela assez longtemps après l'opération qui, chez l'une de ces femmes, remontait à dix-neuf ans.

De l'ensemble de ces faits, l'auteur se croit autorisé à conclure que dans le traitement du carcinome du col de l'utérus, la simple amputation du col, par le procédé susdit, est préférable, à tous égards, à l'extirpation totale de l'utérus, procédé radical dont on a été trop prodigue dans ces dernières années. Incomparablement plus grave que la simple amputation du col, l'extirpation totale n'a pas donné les résultats qu'on croyait pouvoir en attendre, d'après les brillantes promesses de ceux qui ont les premiers pratiqué cette opération.

(Les résultats relevés par M. Pawlick seraient en effet des plus encourageants, si l'examen histologique des cols amputés mettait hors de conteste la question de diagnostic.)

E. RICKLIN.

(*Le Médecin praticien.*)

MORT PAR ENTRÉE D'AIR DANS LES VEINES APRÈS L'ACCOUCHEMENT.

Par CHAS. DAVIDSON.

Une femme fut admise à l'hôpital Gool, au Caire, et s'accoucha rapidement d'un fœtus du sexe féminin. Le travail de l'accouchement ne présenta aucun accident, le placenta apparut à temps ordinaire, et il n'y eut pas d'hémorrhagie, *post partum*. Trois quarts d'heure après, la femme mourut sans cause appréciable, il n'y eut ni hémorrhagie, ni convulsions. La malade buvait quand elle tomba sur le dos et expira.

L'examen cadavérique, fait deux heures après la mort, montra l'utérus vide, avec les grosses veines dilatées ; le cœur droit contenait une certaine quantité d'air et de sang spumeux qui était soulevé en bulles. Les poumons étaient congestionnés. Tous les autres organes étaient sains. Ce cas doit être rapproché de ceux signalés comme mort après l'accouchement sans cause appréciable, et probablement par entrée de l'air dans les veines.

(*Le Médecin praticien.*)

FORMULAIRE

De la teinture de thuya occidentalis, INTUS ET EXTRA, *dans le traitement du cancer de l'utérus* (épithélioma).

(J. CHÉRON.)

On a vanté, à différentes époques, l'emploi de la teinture de Thuya occidentalis à 50 0/0, dans le traitement des condylomes rebelles, des excroissances vénériennes (végétations).

C'est sous la forme des badigeonnages, à l'aide d'un pinceau imbibé de cette teinture, que se pratique ce genre de traitement.

M. Rouillard, interne du service, témoin des bons résultats que j'obtiens à St-Lazare, dans le traitement du chancre simple, à réuni un grand nombre d'observations qu'il réserve pour son travail inaugural, après avoir transporté à Lourcine, où de nouvelles observations ont été prises, ce moyen de cicatrisation.

Il y a quatre ans, alors que je faisais usage de la teinture de Thuya occidentalis depuis longtemps, je fus très frappé de la lecture d'une thèse qui venait d'être soutenue à la faculté de Paris par M. J. Menier (1).

Le traitement des végétations avec la teinture de Thuya, à l'intérieur, avait donné, entre ses mains, un résultat complet, absolument concluant.

Je répétai aussitôt les expériences de M. Menier et, quoique je n'aie pas obtenu des résultats aussi remarquables que ceux qu'il accuse, l'action curative de la teinture de Thuya dans les végétations ne m'en a pas moins été démontrée.

J'ai pu constater que les végétations recouvertes d'épiderme, celles surtout qui ont une consistance semi-cornée, ne disparaissent pas sous l'influence de la teinture de Tuya à l'intérieur.

Elles s'affaissent, elles diminuent de volume et de consistance, mais le résultat ne m'a pas semblé aller plus loin.

Les végétations développées sur les muqueuses cèdent, au contraire, complètement, à l'emploi de la teinture de Thuya à l'intérieur ; nous en avons fait l'épreuve un très grand nombre de fois ; en un mot, les hyperplasies épithéliales des végétations cèdent à l'emploi de la teinture de Tuya à l'intérieur, les hyperplasies épidermiques des végétations résistent à l'emploi de ce moyen.

Je me suis demandé s'il ne serait pas rationnel d'employer la teinture de Thuya dans le traitement de l'épithélioma du col utérin ; mes expériences, que je poursuis depuis plusieurs années, ont été divisées en trois séries ; sur un certain nombre de malades, j'ai employé la teinture de Thuya à l'*intérieur* seulement ; dans le deuxième groupe, j'ai employé la teinture de Thuya à l'*extérieur* seulement ; dans la troisième série, j'ai employé la teinture de Thuya à l'*intérieur* et à l'*extérieur* en même temps.

(1) De la cure des végétations par l'usage à l'intérieur de la Teinture de Thuya occidentalis.

A l'*intérieur*, j'ai donné jusqu'à 100 gouttes par jour de cette teinture.

A l'extérieur, j'ai employé la teinture de Thuya soit pure en applications sur la partie malade, soit en injections dans le tissu même de la lésion, soit en lavages dans l'eau à 10 0/0.

Enfin, j'ai combiné ces deux modes d'emploi d'après les données précédentes.

Les résultats sont assez nets ; la marche de l'épithélioma est suffisamment modifiée pour qu'il soit sérieusement encourageant de continuer ces observations et ces expériences, dans la voie de l'application des différentes térébenthines au traitement de l'épithélioma, surtout si on se rappelle que la térébenthine de Chio a donné entre les mains de quelques praticiens éminents de l'Angleterre des résultats dignes d'intérêt.

VARIÉTÉS

VIENT DE PARAITRE : *Schema du développement du produit de la conception et calendrier de la grossesse*, par le docteur A. Lacassagne, professeur de médecine légale de la Faculté de Lyon, imprimé sur papier carte, des deux côtés, en couleurs variées, format de poche pour portefeuille, avec coins arrondis dorés, renfermé dans une enveloppe donnant la désignation ci-dessus énoncée ; indispensable à tous les médecins accoucheurs, sages-femmes, médecins légistes, etc. Prix : 50 centimes. A la librairie médicale, *Jacques Lechevalier*, 23, rue Racine, à Paris.

ECOLE PRATIQUE.— *Electrothérapie.*— M. le docteur Apostoli a commencé ses leçons, le mercredi 7 mai, amphitéâtre n° 3, à 3 heures, pour les continuer les mercredis suivants, à la même heure.

MALADIES DES FEMMES. — *Clinique de la rue du Jour*, 19, *aux Halles.* — M. le docteur Apostoli a commencé ses conférences cliniques de gynécologie, avec exercices pratiques, le samedi, 10 mai, à 3 heures, pour les continuer les samedis suivants, à la même heure.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE
SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES
2e Leçon.

PARTIES MOLLES DE LA GÉNÉRATION
Différences ethniques

par le Dr E. Verrier.

Messieurs,

Avant d'aborder l'étude des phénomènes de la grossesse, je vous dois quelques renseignements sur les différences ethniques concernant les parties molles.

Ces différences sont, d'ailleurs, peu sensibles, et ce n'est pas là que gît le point de comparaison le plus important.

Chez tous les mammifères, les parties molles de la génération se divisent en externes et internes. Elles comprennent de dehors en dedans la vulve, le vagin, l'utérus, les trompes, les ovaires auxquelles il convient d'ajouter les mamelles.

Examinons successivement ces parties chez la femme dans les différentes races et commençons par les parties externes.

Vous connaissez tous la vulve chez la femme d'Europe, je n'insiste pas. Mais dans certaines races la vulve et ses dépendances offrent des différences assez grandes, sans être toujours, cependant, caractéristiques.

Ainsi, le mont de Vénus qui la domine est plus ou moins fourni de tissu adipeux. Le système pileux qui le recouvre, ainsi que la région voisine, est généralement d'une teinte plus claire que celui des parties découvertes. Il prend l'aspect et la disposition du système pileux de la race à laquelle il appartient. Très abondants chez les Aïnos, les Australiens, les Tasmaniens, les Todas, les poils du pubis sont longs et onduleux dans ces races ; ils sont bouclés chez les Nubiens, les Abyssiniens, chez les descendants des anciens Assyriens, dont on retrouve encore des traces dans les peuplades qui bordent la Méditerranée, tant en Afrique qu'au Sud de l'Europe. Les Papous, les Hottentots ont le système pileux du pubis et de la tête inégalement répartis en touffes ou en petits pinceaux ; chez les Cafres et parmi les populations du Soudan les poils sont également répartis sur toute la surface cutanée. Ils sont laineux chez les nègres proprement dits ; médiocrement développés et presque rares chez ceux de l'Afrique centrale, ils sont, au contraire, plus abondants chez les Nègres des Antilles, tout en conservant le caractère lanugineux.

Rares chez les Mongols et les races Américaines, les poils le sont aussi chez les Chinois et chez quelques Orientaux, où l'on retrouve, chez les uns comme chez les autres, un caractère particulier dans la disposition des moustaches et des favoris chez l'homme.

La disposition des poils du pubis chez la femme participe à ces caractères de race.

Les races préhistoriques avaient le système pileux très développé, et la femme enceinte de Solutré nous fait voir que ce n'était pas là seulement un apanage de l'homme, ni un ornement exclusif du pubis chez la femme.

Bory de Saint-Vincent avait essayé de diviser les races en *léiotriques*, aux cheveux et aux poils lisses, et *hulotriques*, aux cheveux et aux poils crépus ; mais des dispositions intermédiaires nombreuses sont venues démontrer l'insuffisance de cette classification. Et de même que les poils crépus présentent différents caractères : courts, en toison élastique, en buisson, en torsade, en vadrouille ; de même aussi les poils lisses peuvent être souples et

soyeux comme chez les Suédoises et autres habitants du Nord ; ondés ou frisés comme chez la Française et autres femmes du centre de l'Europe ; lustrés chez les femmes de la Malaisie, durs et raides comme des crins dans les races authochtones de l'Amérique, etc.

Dans les croisements des races, les modifications tenant aux caractères du système pileux dans chaque race, interviennent et rendent l'origine incertaine ; mais, d'après Topinard, le caractère laineux persisterait davantage chez les métis de nègres sur les parties cachées et notamment au pubis.

Les Mauresques, les femmes de certaines classes en Turquie, beaucoup de Mahométanes, des Asiatiques, les femmes de Java et celles d'autres îles de l'Océanie pratiquent l'épilation du pubis ou se rasent régulièrement, de telle sorte que le caractère du système pileux de la région disparaît pour ainsi dire.

Quant aux formes extérieures de la vulve, les grandes lèvres sont moins développées chez la négresse que chez la blanche, ce qu'à priori on n'aurait pu supposer. Ainsi, sur presque toute la côte occidentale d'Afrique, elles sont réduites à un repli de quelques millimètres seulement. De Rochebrune, qui a habité le Sénégal et voyagé dans les pays limitrophes où les femmes sont à peu près nues, dit que « l'ensemble de la vulve se distingue par un aplatissement antéro-postérieur de l'organe, dont le plan superficiel est limité extérieurement par deux replis ellipsoïdes étendus de la partie inférieure et médiane du pénil à la partie antérieure du périnée ; les bords internes accolés ne dessinent qu'une ligne légèrement ondulée, même chez les femmes d'un certain âge....

Extérieurement la teinte diffère de la couleur générale de la peau par un aspect plus pâle.... »

Bien différentes étaient les races préhistoriques ; et l'époque magdalénienne nous montre une statuette de femme conservée au Musée de Saint-Germain, n° 198, chez laquelle les organes génitaux externes font une saillie énorme qui a fait donner à cette statuette toute tronquée le nom caractéristique de *Vénus impu-*

dique. Les statuettes qui nous restent de l'*âge de fer* ont également les organes génitaux très saillants.

On dit, mais rien n'est moins démontré, que ces dispositions des organes génitaux féminins seraient en rapport avec la forme du pénis dans chaque race : les croisements et les métissages infinis des races humaines entre elles, prouvent la gratuité de cette supposition, bien que des différences sensibles existent entre les organes masculins du nègre et du blanc. (Voir Topinard, *Anthropologie*, p. 373.) Ces différences ne sont pas telles, toutefois, comme le voulait Pouchet pour les Ethiopiens, qu'il y ait impossibilité physique d'union du noir avec la blanche. Trop de faits démontrent le contraire.

Un autre caractère de race plus important se retrouve dans les petites lèvres. Celles-ci, presque cachées chez les blanches vierges, deviennent un peu plus développées après les premiers rapprochements sexuels.

Ce développement devient même exagéré dans d'autres races et chez quelques sujets d'origine aryenne, au point que leur excision a été faite d'une façon générale chez certains peuples et comme opération utile dans d'autres cas. J'ai pratiqué moi-même plusieurs fois cette excision à Paris, soit d'une, soit des deux petites lèvres.

Topinard raconte, d'après Cuvier, que les premiers effets de l'introduction du christianisme en Abyssinie, au 16e siècle, furent d'interdire l'excision des petites lèvres qui se pratiquait avant le mariage et rappelait de loin la circoncision des Juifs du sexe masculin. Mais les filles converties ne pouvant plus trouver de maris, le pape fut obligé d'intervenir pour autoriser le retour à l'ancienne coutume.

Chez les négresses ordinaires cet allongement est la règle ; on l'a vu atteindre 5 à 8 centimètres. C'est même là un type de beauté pour certaines peuplades, malgré l'inconvénient qui en résulte dans les pays chauds, et, notamment, chez les négresses elles-mêmes, où ces parties sont sujettes à de fréquentes dégénérescences. On dit que la reine de Madagascar est très fière de la longueur de ses nymphes, et que, dans ses moments de repos, elle

entretient de jeunes esclaves chargées de la singulière mission de les tirailler afin de leur donner encore plus de longueur. (Dr Corre.)

Mais ce sont les Bosjesmanes qui, sous le nom de *tablier des hottentotes*, possèdent des petites lèvres qui ont un vrai caractère ethnique. Ces replis muqueux atteignent jusqu'à 15 et 18 centimètres de longueur.

Cuvier, qui a eu l'occasion d'examiner les organes génitaux de la Vénus hottentote, morte au Muséum, en 1828, dit « que le tablier n'est pas, comme l'avait cru Perron, un organe particulier, mais bien le développement exagéré des nymphes ; chez ce sujet, les grandes lèvres n'étaient pas prononcées; elles interceptaient un ovale de 4 pouces de longueur. De l'angle supérieur descendait entre elles une proéminence demi-cylindrique d'environ 18 lignes de longueur sur un pouce de largeur ; chacun des replis qui la constituait est arrondi par le bout et descend le long du bord interne de la grande lèvre, où il se change en une crête charnue qui se termine à l'angle inférieur de la lèvre. Si on relève les deux appendices, ils forment ensemble la figure d'un cœur dont les lobes seraient étroits et longs et dont le milieu serait occupé par l'ouverture de la vulve. Chacun de ces lobes a à sa face antérieure, tout près de son bord interne, un sillon plus marqué que ses autres rides, qui monte, en devenant plus profond, jusqu'au dessus de leur bifurcation ; là, les deux sillons se réunissent, de sorte qu'il y a, à l'endroit de la bifurcation, un double rebord entourant une fossette ; il y a aussi une proéminence grêle qui se termine par une petite pointe à l'endroit où les deux rebords se réunissent. En résumé, les deux lobes charnus se composent en haut du prépuce et de la continuité des nymphes, et tout le reste de leur longueur ne consiste que dans le développement des nymphes seules. »

Les Ouoloves font exception à la règle qui existe chez les autres négresses à l'égard des petites lèvres. Chez elles, les nymphes sont rudimentaires; elles mesurent, d'après de Rochebrune, 0 m. 004 de largeur sur 0 m. 021 de longueur, ce qui prouve que le grand développement des petites lèvres n'est pas un caractère de

race, et nous savons déjà qu'on le rencontre chez quelques Européennes. Peut-être pourrait-il bien tenir dans ces cas exceptionnels à des habitudes vicieuses ; ce qui semble confirmer cette opinion, c'est que de Rochebrune a noté leur grand développement chez des prostituées du dispensaire d'Angoulême.

Le clitoris est aussi très développé dans les races nègres et sémitique (Dr Corre). Il n'est pas, dans ces races, sans analogie avec la longueur du prépuce chez l'homme. Chose remarquable, chez les Ouoloves, qui ont l'appareil entier de la vulve si peu développé, le clitoris, au contraire, l'emporte en longueur de 0,008 millimètres sur celui de l'Européenne.

Chez d'autres peuples, où l'on retrouve aussi cette proéminence exagérée, on pratique l'excision de l'organe ; cette opération fut faite également en Angleterre dans un but thérapeutique, il y a quelques années, par le Dr Baker-Brown, mais le corps médical anglais n'eut pas assez de foudres pour protester contre ce malheureux médecin. Peut-être nos confrères d'Outre-Manche auraient-ils préféré voir s'établir chez eux ce que Daniell avait constaté chez les femmes du Golfe de Guinée, qui provoquent l'élongation de leur clitoris, sous une influence toute matérielle, au moyen de petits poids suspendus à une ficelle attachée à la base de l'organe, au risque d'y provoquer des ulcérations comme Daniell lui-même a été appelé à en soigner.

De Rochebrune, qui fait autorité pour la côte occidentale d'Afrique, nous rapporte encore que chez la femme de cette région, la vulve serait plus haute que chez l'Européenne au point que la longueur du périnée en serait doublée. Nous verrons plus loin que c'est le contraire chez les Annamites. Quoi qu'il en soit, l'entrée du vagin chez ces négresses serait fort étroite.

Quant au vagin proprement dit, chez les Ouoloves, de Rochebrune nous décrit la colonne de Haller comme forte et proéminente en avant et en arrière, de telle sorte que, chez les primipares surtout, les prolongements latéraux connus sous le nom de rides tranversales auraient une apparence tuberculiforme ; ces rides multiplieraient, par conséquent, les points de contact et de frottement, rendraient le vagin plus rigide et relativement plus

étroit que chez l'Européenne, tout en permettant, au moment de l'accouchement, une ampliation plus grande du canal utéro-vulvaire.

La profondeur du vagin dans ces races serait de 0,16 centimètres quand la femme n'a pas été fatiguée par des travaux excessifs, des ports de charges ou des grandes courses. Cette longueur, du reste, coïncide avec la longueur proportionnelle du pénis chez l'homme de même race, mais cette adaptation n'empêche pas les rapprochements avec des éléments ethniques différents, D'après de Sinety, la muqueuse vaginale serait colorée en rouge et en gris-brun d'après Rochebrune.

Si de la côte occidentale d'Afrique nous passons au nord de ce continent, en Algérie, par exemple, nous trouvons chez les indigènes un développement beaucoup plus prononcé des organes externes. Si le clitoris est aussi très volumneux, les grandes lèvres, contrairement à ce qui existe chez les Ouoloves, sont exubérantes et le vagin très ample. Le Dr Bertheraud attribue cette particularité à des causes multiples plutôt qu'à des différences ethniques. Parmi ces causes, il convient de noter la précocité de la puberté, qui amène nécessairement des unions prématurées, puis la polygamie, qui à son tour entraîne la dépravation des mœurs.

On retrouve des dispositions analogues chez les Chinoises. M. le Dr Mondière dit que chez celles-ci, tout ce qui se rapporte aux organes de la génération semble avoir pris des proportions exagérées. La différence est surtout sensible quand on a l'occasion de visiter, comme cela lui est arrivé souvent, dans la même journée, des Chinoises et des Annamites, chez lesquelles, au contraire, tout est menu et maigre dans ces parties.

La femme cambodgienne, sous ce rapport, se rapprocherait de la Chinoise, tandis que la Tonkinoise et la métisse tiendraient davantage de l'Annamite.

D'après Virey, au Kamschatka le vagin de la femme est agrandi à l'aide d'un pessaire en écorce de bouleau ; dans les races américaines, au contraire, cet organe est fort resserré.

Parmi les organes externes de la génération, il est un caractère de race que je ne veux pas manquer de signaler c'est : la *stéapygie*.

On décrit sous ce nom, que nous préférons à celui de stéatopygie, un développement chez la femme de masses graisseuses énormes et de consistance molasse surajoutées aux muscles des fesses.

Il est surtout l'apanage caractéristique des Bosjesmanes, mais il n'est pas rare chez les Cafres et les Hottentotes. D'après Topinard, la stéapygie serait le caractère survivant d'une race qui aurait vécu jadis au sud de l'Afrique ; ce que la coloration jaunâtre de ces peuples, ainsi que d'autres caractères qui les séparent de tous les nègres voisins semblent confirmer.

Des métissages ont reproduit partiellement la stéapygie chez quelques femmes des Boers et des Zoulous. On en a signalé des cas jusque chez les Ouoloves. Les organes externes de la génération sont sujets à des altérations endémiques, tels que l'éléphantiasis et la lèpre chez les négresses ; d'autres altérations ont un caractère ethnique comme la circoncision chez quelques tribus et chez les Nubiens l'infibulation ; enfin, chez certains peuples de l'Afrique, il existerait, d'après Daniell, une punition pour les filles coupables, qui consisterait à tamponner le vagin avec des substances irritantes qui l'enflamment et y produisent soit des brides cicatricielles, soit même une oblitération à peu près complète. Du côté des mammifères quadrupèdes, la vulve est renversée, de sorte que l'anus est au-dessus. Les lèvres externes sont noirâtres, sinueuses. Le clitoris est en bas de la vulve et saillant ; le méat urinaire, chez la vache et la jument, est à quelques centimètres en dedans du vagin. Ce dernier canal est variable de longueur. Immédiatement au-dessus de l'anus se trouve la queue.

Enfin les mamelles, aussi bien chez la femme que chez les autres mammifères, complètent les organes externes de la génération et ont servi à la dénomination de la classe. Mais tandis qu'elles sont doubles et pectorales chez la femme, les anthropoïdes, beaucoup de singes, l'éléphant et le lamentin, elles sont multiples chez d'autres espèces et varient dans leur situation : abdominales chez les carnassiers et les marsupiaux, elles sont inguinales chez les solipèdes et les ruminants. Leur nombre est généralement égal à celui des petits de chaque portée, sans ja-

mais descendre au-dessous de deux, même pour les femelles qui n'ont qu'un petit à la fois.

Les accoucheurs français reconnaissent chez la femme trois espèces de mamelles, les hémisphériques, les piriformes et les étalées ou pendantes. D'après Topinard, ces formes, que l'on rencontre partout, auraient été dans l'origine l'apanage de races distinctes.

Quoi qu'il en soit, la structure de la mamelle dans toutes les races est à peu près la même : elle se compose de lobes, de lobules et d'acinis. Tous les canaux excréteurs convergent, les plus plus petits dans les plus grands, et ceux-ci, après avoir formé des ampoules ou réservoirs au niveau de l'aréole, viennent aboutir en nombre variable au sommet de la papille ou mamelon qui surmonte la mamelle et est aussi plus ou moins saillante suivant les individus et peut-être aussi d'après la descendance des races.

La seule variation ethnique à signaler, c'est la résistance et l'extensibilité plus ou moins grandes du tissu fibreux qui réunit les lobules entre eux et sans doute aussi certaines modifications de la peau qui permettent, surtout aux négresses, de rejeter leurs mamelles par dessus leurs épaules et leur donnent la facilité d'allaiter ainsi leur enfant suspendu sur leur dos. Le mamelon est également, dans ces races, plus allongé, sans doute parce qu'il n'est point comprimé par le vêtement, de même chez nos paysannes où le corset ne gêne pas non plus son développement. Il est vrai que cette liberté, favorable à la grosseur du mamelon, est une des causes qui contribuent à la flaccidité générale du sein, mais, quoi qu'il en soit, et malgré l'absence complète de soins de propreté de la part des mères qui allaitent, ces femmes sont bonnes nourrices et ont peu d'accidents inflammatoires de la mamelle et du mamelon.

Mais, par contre, on signale l'influence des traumatismes sur la glande nue, celle qui résulte du défaut de précautions à l'époque du sevrage, et sans doute aussi certaines dispositions des races nègres et arabes, comme amenant des cancers du sein ou d'autres dégénérescences graves.

Cette forme étalée, pendante, du sein n'est pas spéciale aux races nègres, on la retrouve chez la Bosjesmane et chez quelques Européennes. J'ai fourni pour ma part à une famille de Paris une nourrice d'origine beauceronne, qui rejetait ses seins sur ses épaules et allaitait son nourrisson sur son dos. Il est juste de dire que cette fille, amateur de plaisirs bruyants, ne put mener l'allaitement jusqu'au bout. Mais elle n'y renonça qu'à cause de son caractère et de ses mœurs, car, deux ans après son accouchement et huit mois après le sevrage du bébé, cette femme avait encore un lait assez abondant pour donner à penser qu'elle aurait pu reprendre un nouveau nourisson.

Les Chinoises, les femmes du Tonkin, de la Cochinchine, voire les Cambodgiennes, ont les seins hémisphériques et réguliers. Les seins piriformes sont plus rares en ces contrées qu'en France, sauf chez la Cambodgienne, et chose assez remarquable, sur laquelle M. le Dr Mondière a appelé l'attention, c'est le plus souvent chez les femmes qui ont la peau la plus blanche qu'on rencontre ces derniers.

Chez la jeune femme de l'extrême Orient, qui n'a pas eu d'enfant, l'écartement des mamelons est de 0,19 centimètres. Assez petits jusque vers 17 ans, les seins prennent un volume considérable pendant la grossesse et deviennent très déclives pendant les derniers temps de celle-ci.

L'aréole varie beaucoup, mais elle est d'autant plus grande et colorée que la femme est plus blanche, et son diamètre, dans ces circonstances, peut avoir de 7 à 9 centimètres.

Le mamelon reste court jusqu'à l'accouchement ; mais les succions de l'enfant le développent rapidement. Après un premier allaitement, il reste long et coloré; mais il est rare que le sein reprenne sa conformation première comme nous le voyons chez nos femmes d'Europe.

La peau semble avoir perdu son élasticité, ainsi que le tissu conjonctif de la glande, au point que le sein s'affaisse et devient presque disgracieux.

On sait que chez toutes les femmes le tissu adipeux donne au sein son volume plus que la glande elle-même; chez les Chinoises,

ce tissu augmente considérablement vers l'âge de 25 à 28 ans, tandis que chez la femme métisse il reste en petite quantité, et le sein de ces femmes se rapproche de la forme de celui des Annamites.

Mais chez elle l'écartement des mamelons est considérable, bien que le thorax soit étroit ; il l'est au contraire fort peu chez les Cambodgiennes.

Ces renseignements, empruntés au beau travail du Dr Mondière : *Monographie de la femme en Cochinchine*, peuvent passer pour l'expression exacte de la vérité.

Quant aux différences dans la composition du lait suivant les races, aucune analyse n'a été faite à cet égard et, étant donnés les allaitements des enfants blancs par des nourrices noires, tout porte à croire que ces différences, si elles existent, ne sont pas très grandes, puisque l'allaitement réussit très bien dans les conditions sus-énoncées. Il est vrai aussi que les enfants s'élèvent également bien avec le lait de plusieurs animaux.

Parmi ceux-ci, notons au premier rang la chèvre, qui a des mamelles inguinales et des trayons allongés ; ensuite, toujours avec mamelles inguinales, l'ânesse, dont le lait se rapproche le plus du lait de la femme, mais dont l'indocilité et la grosseur des mamelons sont un obstacle à l'allaitement direct ; enfin, la vache, que tout le monde connaît, et dont le lait est donné par l'intermédiaire d'un biberon, d'un verre, ou d'un petit pot.

Parmi les singes qui se distinguent de la femme par le nombre et l'emplacement des mamelles, on cite quelques lémuriens qui en ont quatre : deux pectorales et deux inguinales ; plusieurs espèces de makis qui en ont aussi quatre, mais toutes pectorales, et si, dans les cas de mamelles surnuméraires chez la femme, on était quelque peu tenté de faire un rapprochement atavique (Darwin. *Descend. de l'homme et sélection sexuelle*, 3e *éd.*, 1881, *p.* 35), ce serait avec les makis, car les mamelles surnuméraires chez la femme sont toujours pectorales ou axillaires.

Dans la prochaine leçon, Messieurs, nous parlerons de l'utérus et de ses annexes dans les différentes races.

(*A suivre.*)

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare,*
Annotée par le Dr J. Chéron.

CHAPITRE VII.

MALADIES DU CERVEAU.

(*Suite.*)

4° Hystérie. — Les écrivains médicaux devraient avoir soin d'expliquer leur pensée lorsqu'ils se servent du mot *hystérie*. Quand Dubois d'Amiens, Vigaroux, Boélard, Gardanne et Brierre de Boismont disent que les femmes ne sont pas sujettes à l'hystérie, à l'âge critique, et quand F. Hoffmann, Pujol, et Meissier prétendent qu'elles le sont, que veulent-ils dire ? Pensent-ils qu'elles n'éprouvent pas l'effet du globe hystérique et les symptômes secondaires de l'hystérie, ou qu'elles n'ont pas d'attaques de cette maladie ? Un coup d'œil sur le tableau placé en tête de ce chapitre, tranchera pour le lecteur la question de la fréquence, car sur mes 500 cas, 146 femmes qui avaient plus ou moins éprouvé le globe hystérique et autres symptômes secondaires, les ont conservés à l'âge critique ; et, pour la première fois après la cessation, 17 ont eu le globe hystérique, 4 des rires et des cris convulsifs, 3 seulement des attaques d'hystérie. Le globe hystérique était quelquefois si douloureux que des malades sautaient hors de leur lit, craignant d'étouffer. Landouzy a publié un tableau montrant que sur 351 cas d'attaques hystériques, il y en a eu 25 seulement après 40 ans, et que cette affection est très rare avant la puberté.

Sur 821 cas d'hystérie observés par Georget, Briquet, Landouzy et Beau, 32 seulement dataient de la quarantième à la cinquantième année, tandis que 259 dataient de la quinzième à la vingtième et 574 de la vingt-cinquième année.

Quant à l'influence de la position sociale, l'hystérie est moins commune chez les pauvres que chez les riches ; elle se manifeste surtout chez les femmes dont le système nerveux est excité par la vie de luxe et d'opulence, dont les facultés mentales sont exercées outre mesure, et qui éprouvent une sorte de surcharge d'émotions. En ce qui touche l'influence du tempérament, je puis dire que j'ai rencontré cette maladie le plus fréquemment chez les sujets sanguins, qui avaient éprouvé des dérangements menstruels ayant dégénéré en véritables désordres ; chez les femmes à tempérament nerveux, l'hystérie diminue souvent avec l'activité des organes génitaux et disparait quand cesse leur action. Landouzy, le professeur Charcot et autres ont démontré que, dans la grande majorité des cas, les convulsions hystériques étaient causées par des douleurs ou des sensations étranges dans les régions hypogastriques et ovariennes, d'où résulte la suffocation éprouvée au creux de l'estomac, et par suite le globe hystérique. Le Docteur Copland a reconnu que l'attaque convulsive est précédée de lipothymie, et j'ai été souvent frappé des alternatives de la gangliopathie avec le globe hystérique et autres symptômes moins violents ; le globe hystérique cesse, par exemple, lorsque se manifeste un paroxysme de gangliopathie.

Observation vingt-septième.— *Hystérie.*— Lucy P., grande, maigre, cheveux bruns, yeux gris, complexion chlorotique, avait 49 ans. Elle avait joui d'une bonne santé et s'était mariée à 18 ans ; les menstrues parurent pour la première fois le lendemain de ses noces. Elle a eu plusieurs enfants, le dernier à 33 ans, et depuis lors jusqu'à 44 ans, elle fut menstruée régulièrement. Le temps d'incertitude dura trois ans. Les règles parurent tous les quinze jours pendant six mois, puis, tous les deux, trois ou cinq mois. Quelquefois, lorsqu'un long temps s'était écoulé, « il lui semblait qu'un flot de sang allait sortir par les oreilles, et elle était obligée de se

mettre au lit ». Les évanouissements, les vapeurs, les sueurs, les douleurs abdominales, les hémorrhoïdes qui saignaient souvent, le pseudo-narcotisme, et, pour la première fois, l'hystérie, la tourmentaient beaucoup. Elle a eu une attaque convulsive, souvent des cris involontaires, et la sensation d'un objet dans la gorge. Après trois ans de ces souffrances, la cessation survint, il y a de cela un an. Depuis, sa santé est devenue plus mauvaise. Elle est faible ; elle reste couchée pendant des semaines, en proie à des indispositions bilieuses ; les intestins sont ou relâchés ou resserrés. Elle est sujette à la céphalalgie, au pseudo-narcotisme, à tous les symptômes hystériques déjà décrits. Je lui rendis la santé en six mois. Elle prit d'abord 4 grains de pilules bleues, et 2 grains d'extrait d'hyoscyamine, tous les deux jours, le soir ; la potion camphrée composée, avant les repas, et une drachme de carbonate de soude dans une gorgée d'eau, après avoir mangé. Trois semaines plus tard, elle interrompit ce traitement, et prit 5 grains de citrate de fer dans un liquide effervescent, après les repas, deux fois par jour, et dix grains de poudre de Dover, le soir, tous les deux jours. J'administrai le soufre quelquefois, pour tenir le ventre libre.

E. W., âgée de 50 ans, sœur d'un homme très nerveux, très nerveuse elle-même, n'a pas été menstruée depuis 16 mois, mais a eu des hémorrhoïdes fluantes. Elle s'éveille chaque matin avec des douleurs au bas-ventre. Une pression la soulage, ou la situation couchée sur le ventre ; mais elle n'est vraiment mieux que lorsqu'il s'est échappé une grande quantité de vents qui lui donnent une apparence de grossesse. Il n'existe pas de signes de dyspepsie. Sous l'influence d'ennuis, j'ai vu des personnes contracter ainsi un état de flatuosité qui se dissipait ensuite par de longues et fréquentes éructations.

5° — ÉPILEPSIE.— Quand cette maladie apparaît avec la première menstruation, elle s'en va d'elle-même au bout de quelques années, mais elle peut revenir à la cessation. Je l'ai vue dans quatre cas, et, dans un autre, la malade en souffrait pendant la lactation ; elle eut sept enfants ; chaque fois l'affection reparut, et en dernier lieu à l'âge critique. Les Docteurs Tyler Smith et Brierre

de Boismont ont vu plusieurs cas où les attaques hystériques et épileptiformes venaient lors de la première menstruation seulement, puis, au déclin de la vie ; d'autres fois, c'était à chaque période menstruelle, et les symptômes nerveux disparaissaient complètement à la cessation. Le docteur Radcliffe m'informe que l'une de ses malades avait des attaques fréquentes à l'âge de la puberté, et que des médecins l'engagèrent en conséquence à ne pas se marier. Elle ne tint pas compte de cet avis, eut des enfants, et ne souffrit plus jusqu'à l'âge critique. Chez l'une de mes malades, l'épilepsie devint plus grave après la ménopause ; dans deux autres cas, elle survint sans autre cause que l'âge critique ; Moreau a noté 9 cas sur 529, où il en a été de même. Outre les sensations anormales bien connues, j'ai vu, chez certaines femmes, une douleur vive et fixe dans la région ovarienne, résultat d'une ovarite subaigüe. Une pression sur cette partie peut déterminer une attaque, effet que j'ai produit moi-même. Le Docteur Copland a souvent vu l'épilepsie résulter de la lipothymie, le pouls conservant sa force habituelle ; cela me confirme dans la persuasion que le système nerveux ganglionnaire est pour quelque chose dans l'épilepsie, fût-elle même une maladie du système cérébro-spinal.

Observation vingt-huitième.— *Aphasie.* — Mary H., femme grande, d'apparence bien portante, cheveux bruns, yeux clairs, mariée avec un sellier, avait 50 ans quand elle me consulta. Elle avait été menstruée à 10 ans, et continua ainsi régulièrement jusqu'à 21 ans, âge auquel elle se maria. Elle avait eu quatre enfants, le dernier à 39 ans; avait été régulièrement menstruée jusqu'à 47 ans, où survint la cessation à la suite d'un dérangement qui avait duré quatre mois. Quelques jours après ses dernières règles, sans cause connue, pendant qu'elle étendait du linge dans le jardin, elle se trouva étourdie, tomba par terre et resta insensible pendant dix minutes. L'attaque se répéta une fois par semaine, ensuite tous les quinze jours, puis à des intervalles de six semaines, après quoi elle n'en eut pas pendant six mois, mais elle fut plus nerveuse que d'habitude; un jour, en parlant avec son mari, elle fut subitement privée de la parole. Elle

avait sa parfaite connaissance, savait fort bien ce qu'elle voulait dire, mais ne pouvait articuler les mots. Elle n'éprouvait aucune douleur, elle ne bégayait pas, mais demeurait sans sentiment dès qu'elle se couchait. Deux années durant, l'attaque se renouvela chaque jour ; si ce n'était pendant le jour, elle venait le soir ou l'éveillait de son premier sommeil. Elle me consulta parce que les attaques étaient survenues trois fois par jour. Elle était très nerveuse, craintive dans la nuit, ayant peur de tout, se plaignant de céphalalgie. Après avoir rendu les intestins libres avec la coloquinte composée et les pilules de calomel, je lui donnai ma potion camphrée composée avant, et le carbonate de soude après les repas. Du 12 décembre au 26 janvier, le nombre des attaques quotidiennes diminua de quatre à une, et la perte de la parole était de peu de durée. J'ordonnai alors 8 grains d'oxyde de zinc, et 2 grains d'extrait d'hyoscyamine à prendre chaque soir. Cela dura jusqu'au 15 mars, où la malade cessa le traitement. Elle était en bonne situation de fortune, avait un bon mari, semblait jouir d'une excellente santé ; l'âge critique n'avait influé sur elle que par ces attaques d'aphasie, qui ressemblaient à de petites manifestations épileptiques.

Observation vingt-neuvième.— *Epilepsie et Impétigo.*— Mary F., femme de taille moyenne, yeux gris, chevelure brune, complexion florissante, vint au Dispensaire, le 16 février 1849. Elle avait 48 ans. Le flux menstruel était venu chez elle à 10 ans; il fut quelquefois trop abondant, mais n'entraîna pas d'autres désordres. Elle se maria à 17 ans, eut trois enfants, le dernier à 34 ans; depuis lors, elle est restée veuve ; les règles sont toujours bien venues jusqu'à ces deux dernières années, où a commencé le temps d'incertitude. A l'exception d'étourdissements, depuis un an, elle avait toujours joui d'une bonne santé, mais les menstrues, irrégulières, disparaissent quelquefois pendant trois mois ; elle n'a pas de maladie de l'utérus, mais une constipation persistante, des évanouissements, des vapeurs, des sueurs. Elle éprouve des douleurs au sommet de la tête, plus fortes quand elle est couchée ; sans maux de cœur ni symptômes hystériques, elle se sent

toujours étourdie, stupide, lourde, sans envie de dormir. Il y a deux ans, lorsque la menstruation perdit sa régularité, elle eut, pour la première fois, une maladie de la peau qui attaqua en même temps la figure et les bras. Ces derniers se trouvèrent mieux rapidement, mais la face était tantôt mieux, tantôt pire. A présent les joues sont chaudes, livides, dures, couvertes de desquamations : cet état dure depuis trois mois, mais la peau laisse suinter une substance visqueuse toutes les quatre ou six semaines. Depuis cette éruption au visage, la malade est sujette à des attaques que détermine une surprise, un rien, une cause inconnue. En me parlant, elle en a éprouvé. Elles surviennent trois ou quatre fois par jour, à des intervalles indéterminés. Elles sont plus graves, quand l'éruption diminue, moins intenses quand elle augmente. — 10 Février. J'ordonnai 2 pilules de coloquinte composée et de calomel, à prendre de deux soirs l'un, et une once d'huile de ricin, le lendemain matin ; un scrupule de soufre et de borax, deux fois par jour ; une drachme de carbonate de soude, après les repas. La potion de camphre composée, des bains de pieds chauds, chaque soir, 10 grains de poudre de Dover, chaque soir aussi, furent ensuite administrés ; le 8 mars, cinq sangsues furent posées derrière chaque oreille, parce que la malade ne voulait pas être saignée.— 17 mars. Les sangsues n'ont produit aucun bien ; la malade est dans le même état que le premier jour. J'ajoute aux autres prescriptions des fomentations chaudes de lait et d'eau sur la face qui est plus mal, — 5 avril. Elle se plaint beaucoup de douleurs abdominales ; elle prend des lavements avec 30 gouttes de solution de Battley, deux fois par jour. Elle évacue de gros caillots de sang sans douleur et sans liquide coloré. Un vésicatoire l'a soulagée ; j'en prescris un autre, sans résultat.— 14 juin. Elle vient d'éprouver une perte, ce qui ne lui était pas arrivé depuis huit mois ; les douleurs abdominales s'en trouvent soulagées, mais la tête est toujours aussi affectée, les attaques nerveuses sont fréquentes, et, tous les deux jours, le suintement visqueux de la face reparaît. Je prescrivis un vésicatoire à chaque bras ; mais, ayant été obligé de m'absenter, je la perdis de vue. La vie d'aucune femme n'a présenté un contraste plus tranché : santé

parfaite avant l'âge critique, maladie persistante après. Les changements organiques suscités par la ménopause causaient toutes les souffrances de la malade. La saignée, des bains tièdes tous les jours, pendant trois ou quatre heures, auraient été utiles, mais ne pouvaient être employés. Je ne voulus pas attaquer l'éruption cutanée avant d'avoir opéré une diversion énergique en attirant les humeurs ailleurs qu'à la face au moyen de vésicatoires et autres agents.

6º — FOLIE.— Quelques auteurs disent que la folie est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes, et ils expliquent leur supposition par l'ébranlement que produisent la puberté et l'âge critique. La première assertion est douteuse ; la seconde est une exagération ; en effet, en consultant les Rapports du Directeur Général de l'Enregistrement de l'Etat civil, on trouvera que les décès par suite de folie sont très communs chez les femmes de 20 à 40 ans, c'est-à-dire pendant que les organes de la génération sont en pleine activité; ces résultats, d'ailleurs, sont d'accord avec les statistiques de Haslam, Pinel, Esquirol et Fodéré. De 40 à 60 ans, quand les hommes sont très activement occupés, quand l'espérance peut faiblir en même temps que les forces physiques, beaucoup plus d'hommes que de femmes meurent fous. De 60 à 80 ans, quand les sexes se ressemblent le plus, la mortalité est égale. Le meilleur moyen de constater la folie à l'âge critique est de compulser les chiffres des entrées dans un grand asile d'aliénés. Le tableau suivant, que je dois à feu M. Charles Hood, donne les âges des femmes admises à l'hôpital de Bethléem, de janvier 1845 à décembre 1853 :

TABLEAU XXVI.

Fréquence relative de la folie à différentes périodes.

PÉRIODE DE LA VIE	NOMBRE DES CAS	PÉRIODE DE LA VIE	NOMBRE DES CAS
Au-dessous de 15 ans	9	de 40 à 45 ans	162
de 15 à 20	61	» 45 à 50	153
» 20 à 25	216	» 50 à 55	122
» 25 à 30	223	» 55 à 60	57
» 30 à 35	217	» 60 à 65	55
» 35 à 40	218	» 65 à 70	27

Il ressort de ce tableau que, bien que le temps auquel vient l'âge critique ne paraisse pas être très favorable à l'explosion de la folie, 437 sur 1320 femmes sont devenues aliénées de 40 à 55 ans ; proportion qui diminue tout à coup passé cet âge. Le Docteur Davey, de Northwoods, m'informe que une femme sur six a été frappée pour la première fois de 36 à 40 ans, et que les chances de folie diminuent de 40 à 55 ans. Les effets de l'état puerpéral et de la lactation produisant l'insanité expliquent pourquoi les femmes y sont plus sujettes avant 40 ans ; mais le tableau qui est en tête de ce chapitre démontre que, sur 500 femmes, il s'en est trouvé seize dont les facultés mentales ont été sérieusement compromises par l'âge critique. Brierre de Boismont reçut dans sa maison de santé, en un an, huit malades, dont la folie n'avait pas d'autre cause. Le Docteur Forbes Winslow m'assure qu'il a vu fréquemment la folie se produire à cette époque, et le Docteur Wood confirme cette assertion. Si la céphalalgie, le pseudo-narcotisme, l'hystérie et l'épilepsie sont causés par l'âge critique, il serait étrange que l'insanité ne pût pas avoir cette même origine. Si Esquirol a raison d'établir que les troubles de la menstruation forment le sixième des causes de la folie, si Brierre de Boismont dit vrai en assurant que les époques menstruelles sont toujours *un temps orageux*, même pour les femmes parfaitement réglées, il serait vraiment singulier que la ménopause ne pût produire l'insanité. Si elle est causée par la puberté — fait constaté par Hippocrate — il serait étonnant qu'elle ne fût pas quelquefois le résultat de l'âge critique. On peut toujours espérer que cette folie n'est qu'accidentelle, et que le sujet en guérira ; mais il est bon d'expliquer à la famille que ce désordre mental peut durer de deux à trois ans ; j'en ai vu qui cessaient au bout de six mois. Dans deux cas, la folie datant d'une période peu avancée de la vie n'a pas été modifiée par l'âge critique.

Formes de la folie des époques critiques. — Je passerai en revue : — I. — Le délire ; — II. — La manie ; — III. — L'hypochondrie ; — et IV. — Les impulsions irrésistibles et la perversion des instincts moraux.

I.— Délire.— Brierre de Boismont, qui a vu quatre cas de délire lors de la puberté, en a vu aussi des attaques transitoires lors de l'âge critique. Quelquefois le délire est général, d'autres fois il n'a qu'un seul objet. C'est un sujet de réflexion pour le psychologiste que de voir comment, chez les femmes vertueuses, les idées n'ayant plus la volonté pour guide prennent un tour lascif, un caractère dépravé ; s'il faut cependant en croire Parent-Duchâtelet, le délire roule sur des sujets ordinaires, jamais sur des sujets érotiques.

J'ai rencontré trois cas de délire à l'âge critique.

Observation trentième.— *Délire.*— Mary S., de taille moyenne, mais maigre, de complexion bilieuse, cheveux noirs, yeux gris, âgée de 47 ans. Elle n'avait jamais été malade quand elle fut menstruée à 13 ans. Mariée deux fois, elle n'a jamais eu d'enfants. Il y a 15 mois, la menstruation devint irrégulière et elle éprouva des douleurs à la tête et à l'abdomen. Une nuit, elle s'éveilla avec le délire, courut dans la rue en chemise, demanda à trois hommes de la porter ; on la reçut à l'Infirmerie de Bristol, et ses règles ayant reparu trois jours après, elle se trouva guérie. Elle eut quelques abcès sous les bras : les uns aboutirent, les autres furent ouverts ; elle vint à Londres, et se présenta au dispensaire, se plaignant de céphalalgie, de nervosisme, de vague dans la tête. Un scrupule de poudre de Dover chaque soir et la potion de camphre composée guérirent la malade. La singularité est que les symptômes nerveux ne se présentèrent plus après l'attaque de délire. Cette femme était dans une bonne position et avait un bon mari ; sa folie momentanée ne peut être attribuée qu'à l'âge critique.

Observation trente-et-unième.— *Délire.*— Mary L., grande, forte, cheveux bruns, yeux gris-clair, de tempérament sanguin, avait 36 ans. La menstruation était venue à 12 ans, avait été toujours régulière, abondante et sans grands troubles. Depuis l'âge de 20 ans, elle est sujette à des attaques d'épilepsie. Mariée à 22 ans, elle a eu trois enfants ; pas d'épilepsie pendant la grossesse. Bien réglée jusqu'à 32 ans, elle éprouva à cette époque une atta-

que de délire et fut transportée à l'Infirmerie de Marylebone. En quelques semaines elle se trouva assez bien pour en sortir ; elle n'était pas guérie, mais n'eut plus d'autre attaque. Elle est restée nerveuse, étourdie, mais depuis un an n'a plus de symptômes épileptiques. J'employai le même traitement que dans le cas précédent, et je la soulageai. Je la vis pour la dernière fois quand elle avait 40 ans ; les règles n'avaient pas reparu. Si leur arrêt subit a produit le délire, il faut noter que le sujet était épileptique : sa sœur l'était aussi.

II.—MANIE.— Les Docteurs Dusourd et Tyler Smith ont remarqué la manie à l'âge critique. Brierre de Boismont a vu un cas de démence douce transformé par cette période en une manie furieuse qui a duré longtemps. Au contraire, lorsque la cessation survient chez les maniaques, elle transforme ordinairement leur affection en démence, et un calme soudain suit un état d'agitation furieuse. Ferrus, Dubuisson, Brierre de Boismont et autres ont noté cet effet singulier qui me rappelle une façon de guérir la manie, qu'on attribue aux prêtres de Cybèle : — « *Qui ante castrationem maniacierant, sanam aliquanto mentem ab illa recuperant* ».

OBSERVATION TRENTE-DEUXIÈME.— *Manie.*— Alice B., femme d'apparence bilieuse, tournure de bohémienne, cheveux noirs, yeux gris, grande et svelte, avait 44 ans. La menstruation, venue à 13 ans, avait reparu toutes les deux ou trois semaines, avec maux de tête, nausées et pseudo-narcotisme. Mariée à 19 ans, elle a eu plusieurs enfants, le dernier à 36 ans. A 42 ans, elle eut une perte violente, et la menstruation disparut. L'abdomen enfla, fut très douloureux ; puis, sans maladie sérieuse, elle devint d'une maigreur de squelette. Son état s'améliorait, quand, deux mois après cette perte, étant assise devant le feu, elle sentit une transpiration subite couvrir sa figure, sa tête et ses bras ; elle ne put parler et resta inconsciente d'elle-même. Elle était très colère, dormait rarement, mangeait énormément, et désirait l'impossible. Trois mois plus tard, elle dit à son mari d'un ton sec : « Je veux aller me coucher. » Ainsi fit-elle ; elle dormit profondément, fut

beaucoup plus raisonnable en s'éveillant, et se rétablit graduellement sans autres remèdes que des purgatifs de temps à autre. Elle n'a pas eu de retour de manie, mais elle est restée nerveuse, étourdie et oublieuse. Elle vint à l'infirmerie pour un abcès inguinal, puis pour me consulter quand elle était trop éprouvée par les symptômes nerveux ; je les calmai avec des doses d'un scrupule de poudre de Dover, des alcalis, des purgatifs et des bains tièdes. Son mari me confirma les détails de ce cas ; tous les deux s'accordent à dire que la manie vint sans cause aucune. Je la considère comme le résultat des changements organiques évidemment déterminés chez cette femme par la suppression soudaine d'une évacuation qui s'était jusque-là produite toutes les deux ou trois semaines.

III. — Hypochondrie et Mélancolie.— Ces deux degrés du même état mental se rencontrent souvent à l'âge critique, spécialement l'hypochondrie, qui généralement accompagne l'hystérie. J'ai déjà appelé l'attention sur l'obscurité d'intelligence et sur l'état d'absorption intime dans lequel les femmes tombent souvent ; sur leur amour de la solitude, leur éloignement de leurs amis, leur appréciation exagérée des bagatelles ; qu'est tout cela sinon un état momentané d'hypochondrie qui peut devenir permanent à l'âge critique ? C'est pourquoi Gardanne et Dubois d'Amiens disent qu'ils ont souvent observé l'hypochondrie à la cessation ; et ils remarquent avec raison qu'elle peut être accompagnée d'une suffocation épigastrique, de sensations de strangulation et de névralgie. Chambon a aussi remarqué la fréquence de l'hypochondrie à cette période et pense que les sujets bilieux y sont les plus prédisposés. M. H. Halford en a tracé l'esquisse suivante d'après nature : « Elle est assise dans une posture indolente ; elle paraît alourdie, parle à peine ; ses serviteurs nous apprennent qu'elle vit sous l'impression d'un malheur imaginaire qui va fondre sur elle. Elle est soupçonneuse, indécise dans tous ses mouvements, et elle manifeste des allures qui ne diffèrent que par des nuances de la manie mélancolique. »

Le Docteur Maudsley observe aussi que « lorsque l'insanité po-

sitive éclate, elle a ordinairement la forme d'une mélancolie profonde, avec des visions d'un caractère extraordinaire, par exemple, le monde en flammes, toutes choses à l'envers, un malheur effroyable est arrivé ou va arriver. Toute la personne exprime une appréhension et une terreur vagues. Dans quelques cas, de courts et passagers paroxysmes d'excitation rompent la monotonie de cet état. Ils surviennent d'habitude aux époques menstruelles, et peuvent se représenter même lorsque la cessation est venue. C'est une forme de folie de la guérison de laquelle il ne faut pas désespérer avec un bon traitement.»

Le Docteur Conolly dit qu'il a vu la mélancolie de la cessation durer deux ans, mais que c'étaient des cas exceptionnels, dont il peut affirmer qu'ils marquaient, à la fois, le déclin incurable de la santé physique et morale. Les causes de cet état peuvent résider dans la pléthore du système-porte, dans le désordre des ovaires, dans l'irritation de l'utérus ; mais cela ne suffit pas pour produire la mélancolie sans prédispositions à cette affection et sans le concours de causes physiologiques. La paix et la tranquillité seront le lot de celles qui auront passé la crise ; mais c'est une période difficile et pleine d'anxiétés. En supposant que la santé ne soit pas minée par l'âge critique, comment une nature sensible et aimante peut-elle voir sans trouble tout changer autour d'elle et se rompre une à une les attaches qui la retenaient à l'existence ? A cinquante ans, ses parents peuvent être morts, ses enfants avoir quitté le foyer de la famille. La flamme vitale ne peut s'éteindre sans jeter quelques dernières lueurs ; un doute surgit qu'on n'avait jamais eu, le doute de pouvoir, avec des charmes flétris et une énergie mourante, retenir l'affection d'un époux ; on en pouvait avoir des preuves là où rien de semblable n'existe. La force de la jeunesse a disparu, aussi la femme cherche-t-elle à se convaincre qu'elle est inutile ; elle devient soupçonneuse d'abord, puis songe à se venger. Si elle n'est pas mariée, ne devient-il pas plus pénible pour sa nature sensible de renoncer désormais sans retour à des rêves de bonheur ? L'avenir devient vide et la solitude lui paraît sans limites comme les sables que j'ai souvent vus, de ma tente, se déroulant aux rayons du soleil.

Dans le désert de sa pensée, aucune source rafraîchissante ne chante la chanson mélodieuse de l'espérance, aucun palmier n'offre son ombre pour la protéger contre un soleil ardent. Elle peuple le vide de maux imaginaires ; elle entend des voix étranges quand tout se tait ; elle ressent de singuliers retours quand tout sourit autour d'elle ; et alors, sans espoir, hantée de peur, elle se confine dans un asile obscur pendant des semaines et des mois, sans autre jouissance que sa solitude, avec ses facultés mentales paralysées, ravivées quelquefois pourtant par les reproches de sa conscience sur son inaction, sa paresse, son manque de foi en ce Dieu qui n'abandonne pas ses enfants.

Observation trente-troisième.— *Apathie et changement soudain d'habitudes*.— L'incapacité ou plutôt le dégoût, l'aversion de l'exercice de la volonté, est caractéristique dans l'esprit des femmes que dérange la cessation. J'ai été souvent consulté par une dame favorisée de la forture, de la beauté, et d'un esprit si distingué qu'elle eût tenu une place élevée dans la société, si elle ne s'en était éloignée dès qu'elle ressentit les premières atteintes de l'âge critique. La cessation survint il y a cinq ans, et, depuis lors, elle a cessé de voir ses parents, a fermé sa porte à ses amis et a vécu dans l'isolement. Elle se lève à 4 ou 5 heures après-midi et se couche de 4 à 5 heures après minuit, de telle sorte qu'en hiver elle ne voit pas plus la lumière du soleil qu'un Lapon. Elle dit qu'elle ne peut faire autrement parce que cette manière de vivre oblige ses enfants à chercher ailleurs la société qu'ils ne trouvent pas chez elle. A d'autres questions ou à une plaisanterie, elle répond : « Vous ne me comprenez pas. » La raison de ceux qui ne peuvent justifier ce qu'ils font. Ennuyée souverainement et déplorablement affectée sous le rapport nerveux, elle n'a le courage de suivre aucun traitement. J'ai rarement vu cette dame suivre mes avis, et ceux de mes confrères qu'elle a consultés n'ont pas été plus heureux. Que peut faire la science dans un cas semblable où le jugement fait absolument défaut ? L'état actuel de la malade provient de n'avoir pas eu de guide énergique quand cela lui aurait été nécessaire. Evidem-

ment, l'abandonner à ses impressions équivaut à placer un enfant sur un trois-mâts et à lui dire de gagner sûrement le port. Dans le cas de cette dame, une veuve, dont les enfants sont incapables de la diriger, la meilleure chance de guérison eût été de la placer dans la famille d'un médecin, en lui faisant promettre d'y passer trois mois et d'obéir à toutes les prescriptions. Alors, en dépit de ses protestations et de ses prévisions, elle eût graduellement recouvré des heures de calme ; le médecin lui eût imposé un exercice oublié depuis longtemps, en la distrayant, en l'obligeant parfois à se fatiguer ; un voyage aurait suffi pour compléter la guérison.

Observation trente-quatrième. — *Mélancolie, avec tendance au suicide.* — Mary W., femme de formes athlétiques, pâle, cheveux gris de fer, voix larmoyante, semblant toujours prête à pleurer, avait 45 ans quand elle se présenta au dispensaire, en novembre 1855. Elle était la femme d'un cabaretier et se trouvait dans une bonne position. Réglée à 13 ans, elle n'avait éprouvé aucun dérangement, même pendant la lactation, car elle avait eu plusieurs enfants. La menstruation avait cessé tout à coup, huit mois avant que je la voie. Deux mois après la cessation, elle avait perdu une grande quantité de sang par les intestins, et depuis cinq mois, chaque quinzaine, elle avait des selles sanguinolentes. L'abdomen était gros et douloureux, à ce point qu'une grande autorité en matière d'obstétrique l'avait déclarée enceinte. Depuis quelques mois, elle souffrait de chaleurs sèches pendant le jour, et la nuit « d'humidité et de transpiration à la peau ». « Je supporterais bien tout cela, disait-elle, si ce n'était mon état nerveux. » Elle se plaint d'être toujours tremblante, de passer la nuit sans sommeil, de rester sans force pendant le jour, trébuchant comme si elle était ivre, et remerciant Dieu de conserver encore sa raison ; ou bien, elle s'assied, reste seule, affligée et inconsolable, se lamentant de sa faiblesse, incapable de faire quoi que ce soit, et oubliant ce qu'elle a à faire. Elle dit que, « lorsqu'elle est assise réfléchissant, elle éprouve des sensations glaciales aux jambes », et elle est affectée de pensées de suicide.

J'ordonnai d'abord ma potion habituelle avant les repas, le carbonate de soude après avoir mangé, 3 grains de pilules bleues, 2 grains d'extrait d'hyoscyamine, de deux soirs l'un, 10 grains de poudre de Dover chaque soir, un large emplâtre de belladone au creux de l'estomac et des injections vaginales avec une solution d'acétate de plomb. — Février 1856. Pour calmer les douleurs abdominales, elle prit des pilules contenant chacune 2 grains de pilules bleues et un quart de grain d'extrait d'opium. — 27 mars. La malade allait mieux sous tous les rapports, mais les selles étaient toujours sanguinolentes ; le traitement fut continué ; le 15 avril, elle déclara qu'elle était moins sujette à ses accès de tristesse et à ses idées de suicide. Cette amélioration coïncidait avec l'augmentation des vapeurs et des transpirations, et elle était devenue plus forte, quoique mangeant peu. Je continuai le traitement, mais ne pus la faire consentir à une saignée de 3 onces. — 17 mai. Après une cessation de 14 mois, elle a évacué de gros caillots de sang mélangés de substances pelliculeuses ; puis, elle a perdu beaucoup d'eau, et une tasse environ de sang par les intestins, avec nausées, flatulence et autres anciens symptômes. Le 28, elle perdit encore davantage de sang, à la suite d'une scène avec son mari ivre. Je lui ordonnai de prendre trois fois par jour une cuillerée à bouche d'une potion contenant 2 drachmes de solution d'hydro-chlorate de morphine et d'éther chlorique, dans 6 onces d'eau distillée; lorsque ce remède eut guéri les douleurs intérieures, elle prit des boissons effervescentes trois fois par jour. — 13 août. Elle a encore été dans un état bilieux, elle a perdu du sang par les intestins, elle paraît enceinte de 7 mois ; mais sa santé et son apparence générale sont étonnamment meilleures, malgré les ennuis causés par des enfants malades et par la ruine résultant de la banqueroute de son mari.

Observation trente-cinquième. — *Mélancolie.* — Mme L., maigre, d'apparence nerveuse, cheveux noirs, avait 59 ans quand elle me consulta, en novembre 1855. La menstruation était venue à 15 ans et avait continué sans troubles sérieux. Mariée à 20 ans, elle a eu six enfants, et est restée bien réglée jusqu'à 54 ans, époque

où la cessation survint graduellement. Peu de temps après, sans chagrin ou cause apparente, elle devint sujette à des maux de tête, à des étourdissements, et elle éprouva pendant quelque temps une faiblesse marquée de la vue et de l'ouïe. Elle restait toute la journée assise auprès du feu, absorbée dans la contemplation d'êtres et de choses étranges, s'épouvantant quelquefois de la prétendue apparition de figures horribles. Parfois, elle éprouvait un besoin invincible de se donner du mouvement, de frapper la tête contre les murs, allant et venant sans motif, puis retombant tout à coup et demeurant immobile pendant de longues heures. Elle dormait avec une veilleuse, parce qu'en s'éveillant dans l'obscurité, elle aurait voulu se précipiter par la fenêtre. Elle avait ressenti une forte tentation de tuer ses deux petits enfants ; aussi prenait-elle soin de ne pas rester seule avec eux ; mais cette impulsion devint tellement irrésistible qu'elle préféra quitter la maison de sa fille. Elle était de temps à autre très dérangée par des chaleurs sèches, et par un sentiment de lourdeur et de rongement au creux de l'estomac.

J'ordonnai d'abord une saignée de 10 onces de sang, un purgatif actif ensuite, puis un quart de grain d'acétate de morphine chaque soir, pendant les dix premiers jours, les dix jours suivants, de deux soirs l'un, enfin de trois jours l'un. Je la fis rester pendant deux heures chaque jour dans un bain tiède maintenu à une température égale. Cela dura un mois, ensuite duquel la malade semblait complètement transformée : Tous les symptômes disparaissaient. Je donnai alors 10 grains de poudre de Dover chaque soir, ma potion de camphre composée ; je fis appliquer alternativement, pendant une semaine, un emplâtre de belladone et un emplâtre d'opium, au creux de l'estomac ; de plus, elle doit prendre deux fois par jour un scrupule d'une poudre composée de parties égales de fleur de soufre et de biborate de soude. Quinze jours après, les chaleurs, au lieu d'être sèches et ardentes, étaient mitigées par une transpiration douce. Le traitement fut continué plusieurs mois, sauf de courtes interruptions, et un voyage aux eaux d'Allemagne acheva la guérison.

(*A suivre.*)

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Séance du 22 *mars* 1884. — *Présidence de* M. POLAILLON.

M. DE BEAUVAIS. — La communication faite dans la dernière séance par M. Apostoli me rappelle plusieurs faits analogues consignés dans nos *Bulletins.* Notre excellent collègue M. Rougon a présenté, à l'appui de sa candidature en 1877, l'observation d'une dame qui a gardé pendant 20 *ans* un pessaire en *porcelaine* placé, sur la demande d'une sage-femme, par un bandagiste, pour un prolapsus utérin, sans autre conséquence ultérieure que l'effacement presque complet du col de l'utérus et du cul-de-sac utéro-vaginal. M. Boinet cite le cas d'une infirmière de l'hôpital Saint-Louis, qui vit sortir spontanément un pessaire en *argent*, dont elle avait perdu le souvenir et qui avait été appliqué 25 *ans* auparavant par Richerand. M. Guibout rappelle l'exemple d'une femme qui a porté impunément pendant 20 *ans* un pessaire en *buis* ayant la forme d'un bilboquet, et dont l'extraction devenue nécessaire, au bout de ce temps, fut des plus laborieuses. Il s'était comme incrusté dans les parois du vagin. J'ai extrait moi-même, au bout de trois ans, un pessaire en caoutchouc durci, qui avait contracté des adhérences intimes avec le col de l'utérus, et qui n'avait pas empêché, malgré cet état morbide, la femme de concevoir, car elle fit, peu de jours après, une fausse couche de trois mois et demi.

M. Laissus, membre correspondant, nous a envoyé deux observations de pessaires tout à fait primitifs faits avec de gros bouchons de liège, dont l'un, recouvert de cire jaune, avait été gardé impunément pendant 36 *ans*. Les règles avaient continué à être normales, mais il n'y avait plus eu de nouvelles grossesses. Il est curieux de remarquer cependant que les pessaires en anneaux de Sims et de Dumontpallier ne sont pas ordinairement défavorables à la conception. Nous ajouterons avec M. Charrier que les pessaires en gomme élastique, en bois, en liège, en caoutchouc se laissent pénétrer plus ou moins facile-

ment par les sécrétions vaginales, se gonflent, s'incrustent dans les tissus voisins, et causent des écoulements d'une fétidité extrême, ce qui n'a pas eu lieu avec les pessaires en porcelaine et en argent, dont nous avons parlé dans les observations précédentes.

M. Richelot. — J'ai vu ce matin, à l'hospice d'Issy, un pessaire en porcelaine qui est en place depuis trois ans. Il y a de la leucorrhée, d'une grande fétidité, et des douleurs. L'extraction me paraît entourée de certaines difficultés ; je me propose d'y procéder, et je rendrai compte à la Société des détails qui offriraient de l'intérêt.

(*L'Union médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 avril 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Tumeur fibreuse utérine compliquée d'hydronéphrose suppurée, hystérectomie, ponction de l'hydronéphrose, guérison. — M. Pozzi communique l'observation d'une femme de quarante-trois ans qui portait dans le ventre une volumineuse tumeur manifestement fibreuse et utérine et dans le flanc droit une tumeur fluctuante. M. Albert Robin, dans le service duquel se trouvait cette malade, diagnostiqua une hydronéphrose suppurée, fit une ponction et retira un pus verdâtre. Peu de temps après, cette malade revint dans un état très grave, avec une fièvre hectique et une notable dépression des forces. L'hydronéphrose s'était reproduite, la tumeur utérine avait augmenté de volume.

M. Pozzi, après quelques hésitations, se rendit aux instances de la malade et se proposa d'intervenir de la façon suivante : ponction de l'hydronéphrose, hystérectomie dont la guérison se ferait pendant le temps que l'hydronéphrose mettrait à se reproduire, puis traitement de cette dernière par l'incision, les lavages, le drainage.

Le 27 septembre, il pratiqua la ponction de la tumeur latérale droite, en retira 7 à 800 grammes d'un liquide purulent,

épais, verdâtre, contenant une énorme proportion d'urée. Le lendemain, il pratiqua l'hystérectomie. Le fibrome ayant été mis à nu, on s'aperçut qu'il était largement adhérent à la poche de l'hydronéphrose. L'opérateur dut donc faire deux pédicules, l'un constitué par le col utérin, l'autre par la partie du fibrome adhérente à la poche de l'hydronéphrose. Ayant placé trois anses élastiques temporaires, il put énucléer la tumeur sans avoir d'hémorrhagie. Il restait alors une coque utérine adhérente à la tumeur latérale droite formant un pédicule et le col utérin formant l'autre pédicule. L'anse élastique placée sur le ligament large du côté gauche put être facilement remplacée par un fil de soie et le petit pédicule fut réduit dans la cavité péritonéale. Mais il fut impossible de remplacer l'anse élastique étreignant la coque utérine adhérente à l'hydronéphrose et ce pédicule dut être laissé au dehors avec son anse élastique. Pour en éviter la rétraction, ainsi que celle du pédicule inférieur, M. Pozzi dut passer par derrière une broche passant de chaque côté par la paroi abdominale. L'opération avait duré trois heures trois quarts. Les suites en furent aussi simples que possible et la guérison se fit en l'espace de quinze jours.

La poche de l'hydronéphrose se remplit de nouveau, mais avec une extrême lenteur, seulement quatre ou cinq semaines après l'opération. La malade rentra donc à l'hôpital deux mois après son hystérectomie. M. Pozzi ponctionna de nouveau l'hydronéphrose, avec l'intention de recourir ultérieurement au traitement radical de cette affection ; mais, cette fois, le liquide ne se reproduisit pas et la malade fut complètement guérie de son hydronéphrose par la simple ponction.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Séance du 16 *avril* 1884.

M. Trélat avait été chargé de faire un rapport sur deux observations de périnéorrhaphie et de fistule vésico-vaginale pratiquées avec succès par M. Queirel (de Marseille). M. Queirel étant devenu membre correspondant, il n'y a plus lieu de faire ce rapport, aussi M. Trélat se borne-t-il à déposer ces observations sur le bureau, en les résumant de la manière suivante : avivement large ; suture périnéale entrecoupée ; un point de suture

profonde avec plaque de plomb ; suture vaginale ; guérison.

M. Trélat profite de l'occasion pour examiner à nouveau quelques points du manuel opératoire de la périnéorrhaphie, et pour proposer une modification au procédé dont il avait l'habitude de se servir jusque dans ces derniers temps. Ce procédé, semblable à celui de M. Verneuil ou de M. Deroubaix, quant à l'avivement vulvo-périnéal, à la suture vaginale, à la suture périnéale superficielle et au point de suture rectale, ne présentait qu'une seule particularité relative à la suture profonde, laquelle consistait en deux ou trois points enchevillés avec plaque de plomb, comprenant une grande épaisseur de tissus, et, autant que possible, rectilignes sur leur trajet.

Cette opération, quoique bonne, puisqu'elle a donné à M. Trélat 10 succès sur 13 cas, présentait cependant quelques inconvénients relatifs notamment à la difficulté du placement des fils, et, en outre, à la pression des plaques de plomb qui, ne pouvant être graduée d'une manière certaine, exposait à l'inflammation, à l'ulcération et à la suppuration des tissus sous-jacents, et obligeait, sous peine d'échec, à un enlèvement prématuré des fils.

Dans les trois dernières opérations de périnéorrhaphie qu'il a pratiquées, M. Trélat a eu recours au procédé d'Emmet et de Gaillard Thomas, déjà expérimenté avec succès par MM. Jude Huë, Terrillon et Monod. Il en a obtenu les meilleurs résultats.

Ces résultats lui permettent d'affirmer que la restauration du corps périnéal proprement dit s'effectue très bien par le mode de suture d'Emmet et de Gaillard Thomas. Cette suture, qui se fait très aisément à l'aide d'une aiguille à grande courbure circulaire, lui a paru beaucoup plus facile à exécuter que la suture dont il se servait auparavant ; elle rapproche parfaitement les parties, elle est beaucoup mieux tolérée et peut séjourner plus longtemps sans aucun inconvénient.

Cette suture entrecoupée suffit à elle seule à maintenir l'affrontement des parties, sans le renfort de un ou deux points de suture enchevillée que certains chirurgiens ont cru devoir lui adjoindre. Pour la région de la fourchette, beaucoup plus mince et sur laquelle ne portent pas les sutures profondes, M. Trélat conserve la suture périnéale superficielle et la suture vaginale, en substituant aux fils métalliques ou au catgut, qui ont des

inconvénients, les fils de soie phéniquée de Czerni, qu'il n'enlève que tardivement ou qui disparaissent dans les lavages. Il les préfère aux petits boutons de porcelaine surmontés de tubes de Galli, préconisés par M. Verneuil, et aux plombs à double tube de M. Léon Le Fort, pensant qu'il faut éviter autant que possible de multiplier les corps étrangers au contact des sutures.

M. Trélat n'a pas cru pouvoir adopter dans tous ses détails le procédé figuré par M. Jude Huë. Ce chirurgien, en effet, continue sur la région de la fourchette la suture entrecoupée du corps périnéal, avec cette différence toutefois que l'anse de chacun des points est libre dans le vagin. Il n'a donc pas de points de suture vaginale. Chacun des points qu'il fait transperce la peau, l'épaisseur des parties molles, la muqueuse vaginale, et revient de l'autre côté en traversant la muqueuse, les parties molles et la peau. Le fil est noué ou tordu sur le périnée ; son enlèvement est donc des plus faciles. Mais il a l'inconvénient de froncer toutes les parties qu'il comprend et de tendre autant à rapprocher la peau de la muqueuse de chaque côté qu'à affronter les parties saignantes dont on cherche la réunion. C'est pour cette raison que M. Trélat n'a point encore osé employer cette partie du procédé et qu'il a conservé pour cette région de la fourchette les deux sutures séparées : suture de la muqueuse vaginale, suture cutanée superficielle.

M. Trélat résume en quelques mots l'opération de la périnéorrhaphie telle qu'il la pratique actuellement :

Avant l'opération, obtenir la parfaite régularité des selles ; large purgatif deux jours avant l'opération. Le matin de l'opération, grand lavement. Pilules d'extrait thébaïque depuis la veille de l'operation.

Pour l'opération elle-même : avivement comme M. Verneuil, comme M. Deroubaix ; — suture de la région anale et du corps périnéal suivant le procédé d'Emmet et de Gaillard Thomas ; — suture vaginale avec la soie de Czerni; — suture de la fourchette avec le fil d'argent fin ; — quelques points superficiels entre les points périnéaux de la suture profonde, s'il le faut, mais c'est rarement nécessaire ; — extrême propreté et préservation antiseptique de la région opérée ; lavages réitérés avec l'eau chloralée ou boratée, ou avec le bichlorure de mercure. — Alimentation modérée, mais réparatrice et donnant peu de matières fé-

cales : vin, viande, pas de farineux. Constipation maintenue par l'extrait thébaïque pendant six à sept jours ; le septième ou le huitième jour, purgatif évacuant, autant que possible l'huile de ricin.

Quelques fils superficiels auront pu être enlevés dès le quatrième jour ; tous ceux qui restent seront enlevés le lendemain du purgatif, le huitième ou le neuvième jour.

Repos complet au lit. Extrême propreté, toujours antiseptique ; reprendre la constipation pour trois jours.

Du douzième au quinzième jour la guérison sera entièrement achevée, et dans cette période, la malade pourra être avantageusement baignée.

M. Verneuil dit que depuis qu'il a commencé à faire la périnéorrhaphie, il n'a jamais changé de procédé, sauf en ce qui concerne la suture enchevillée qu'il a supprimée, parce qu'elle était trop douloureuse. Il continue à pratiquer la suture vaginale, la suture périnéale, avec un point de suture rectale. Il se sert du chasse-fil pour les points de suture, et il les serre au moyen des petits boutons de porcelaine, qu'il laisse en place pendant huit et dix jours, sans le moindre inconvénient. Ils font merveille, et il lui est arrivé plus d'une fois, sur quatorze points de suture, de n'en avoir manqué aucun. Une excellente précaution antiseptique à prendre est de projeter sur les sutures des pulvérisations phéniquées.

M. Richelot a eu l'occasion de pratiquer, il y a quelques mois, une périnéorrhaphie particulièrement difficile, à cause de la profondeur de la déchirure. La suture entrecoupée a parfaitement suffi pour la coaptation des parties avivées, et la malade a complètement guéri.

Le procédé employé a été le suivant : après avoir dédoublé l'éperon, M. Richelot a fait une suture vaginale indépendante de la suture périnéale, la colonne postérieure du vagin faisant office d'opercule.

M. Richelot s'est servi, au lieu de fils métalliques, de crins de Florence, qui ont l'avantage de pouvoir être placés avec une extrême facilité et laissés en place aussi longtemps qu'on le veut. Quand on les ôte, comme ils sont très souples, leur ablation se fait sans tiraillements ni douleurs ; si l'on en perd un, il n'y a pas à le chercher ni à s'en préoccuper. Les crins de Florence

ont rendu les plus grands services à M. Richelot pour les sutures des muqueuses et de la face.

M. Trélat constate que, sauf quelques points de minime importance, il est en complet accord avec M. Verneuil sur le procédé opératoire de la périnéorrhaphie. Il donne sa complète approbation aux remarques judicieuses faites par M. Richelot sur la conduite à tenir dans certains cas où la déchirure est très profonde, et où par suite l'éperon est trop élevé et trop mince pour qu'on puisse échelonner dans son épaisseur trois fils comme dans le procédé d'Emmet, répété par M. Jude Huë.

Prolapsus utérin, irréductibilité. — M. Thomas (de Tours) communique une observation de prolapsus utérin absolument irréductible et ayant nécessité l'ablation de l'utérus par la ligature élastique. Il s'agit d'une domestique qui, depuis deux ans, était atteinte d'une chute de la matrice faisant au dehors une saillie du volume d'un œuf. Toutes les tentatives de réduction restèrent sans résultat. On se trouvait en présence d'une tumeur volumineuse, dont la surface présentait des signes évidents de sphacèle. En faisant une nouvelle tentative de réduction, M. Thomas déchira complètement la paroi postérieure du vagin qui avait été entraînée au dehors par l'utérus abaissé et retourné, le col se trouvant en avant. Dès lors, toute réduction était devenue absolument impossible, il plaça sur la partie saillante de la tumeur une ligature élastique. Les suites de l'opération furent des plus simples et la malade se trouva complètement guérie.

(*L'Union médicale.*)

Séance du 30 avril 1884.

A l'occasion de la récente communication de M. Trélat sur la périnéorrhaphie, M. Monod croit devoir présenter quelques remarques au point de vue de certains détails du procédé opératoire au sujet desquels il diffère d'avis avec son collègue. Le procédé d'Emmet (de New-York), décrit et préconisé par Gaillard-Thomas, et que M. Jude Hue (de Rouen) a, le premier, pratiqué et fait connaître en France, consiste surtout à faire, après avivement des bords de la déchirure anale et périnéale, une série de sutures profondes à l'aide desquelles les surfaces avivées

sont forcément rapprochées par la torsion des fils et mises au contact. Ces points de suture profonde rapprochent suffisamment les parties pour dispenser de la suture superficielle de la peau et de la muqueuse.

M. Monod a pratiqué cette opération quatre fois, et son collègue, M. Terrillon, sept fois. Il constate avec satisfaction que M. Trélat s'est laissé entraîner par leur exemple à pratiquer la périnéorrhaphie par le procédé d'Emmet, avec certaines modifications toutefois. M. Trélat continue à faire la suture périnéale superficielle et la suture vaginale. De leur côté, MM. Terrillon et Monod ont conservé la suture entortillée que M. Trélat considère comme parfaitement inutile. M. Monod ne demande pas mieux que de renoncer à la suture entortillée, à l'exemple de M. Trélat, et de faire seulement la suture entre coupée lorsqu'une nouvelle occasion se présentera de pratiquer la périnéorrhaphie.

M. Verneuil croit devoir conseiller un procédé qui lui a parfaitement réussi et qui n'est d'ailleurs qu'une application à la périnéorrhaphie d'un procédé employé par lui depuis longtemps dans l'opération de la fistule vésico-vaginale. Ce procédé consiste à diviser l'opération en deux temps séparés par un intervalle plus ou moins long. Dans un premier temps, on fait l'avivement avec le thermo-cautère, puis, au bout de quelques jours, lorsque la surface de la plaie de l'avivement est recouverte de granulations, on fait la réunion immédiate secondaire par les sutures. Ce procédé donne d'excellents résultats et rend l'opération infiniment plus facile.

M. Trélat constate de nouveau que, malgré quelques dissidences sur certains points de détail, ses collègues et lui sont d'accord sur les points fondamentaux du manuel opératoire de la périnéorrhaphie : avivement étendu, surfaces de rapprochement de même forme ; puis, après cet avivement, affrontement des surfaces par des points de suture entrecoupée.

M. Guéniot rappelle que, chargé du rapport sur le travail de M. Jude Hue, il avait été frappé de ce fait, qu'au lieu de la recherche intentionnelle et persévérante du rétablissement de la fonction comme dans les anciens procédés, on semblait se préoccuper beaucoup plus aujourd'hui de la restauration de la forme que du rétablissement de la fonction. Chez une femme opérée

par le nouveau procédé, M. Guéniot a constaté une restauration parfaite de la fourchette, mais, par contre, elle retenait difficilement ses matières. M. Guéniot déclare qu'il se passerait fort bien de la fourchette si on voulait lui assurer la fonction.

M. Pozzi cite une observation qui corrobore ce que vient de dire M. Verneuil sur les bons résultats de la périnéorrhaphie pratiquée suivant la méthode de la réunion immédiate secondaire. Il donne des soins à une femme qui, à la suite d'un accouchement, avait une rupture du périnée et de la moitié inférieure du vagin. Il a pratiqué deux fois la périnéorrhaphie par première intention, et deux fois il a éprouvé un échec complet, bien que la suture et l'avivement n'eussent rien laissé à désirer. Il y a évidemment des femmes qui sont absolument réfractaires à la réunion immédiate.

M. Pozzi s'est alors décidé à pratiquer la réunion secondaire d'après le procédé de M. Verneuil ; large avivement avec le thermo-cautère, puis réunion des surfaces couvertes de granulations. Les résultats de cette dernière opération sont excellents ; la déchirure qui, avant l'opération, avait une profondeur de 6 centimètres, n'a plus aujourd'hui que 2 centimètres.

Ainsi, dans les cas où la réunion immédiate échoue, on a la ressource de la réunion secondaire, qui aura pour effet de rétablir la cloison recto-vaginale et même la fourchette.

M. Polaillon, dans un cas de déchirure périnéale très profonde, où la muqueuse de l'anus venait faire hernie au dehors, a eu l'idée de décoller, après avivement suivant le procédé d'Emmet, la partie antérieure de la muqueuse anale et de la fixer à la partie postérieure de la plaie pèrinéale qui a été ensuite réunie par la suture. Il a eu ainsi une restauration à peu près parfaite de l'anus, si bien que la malade pouvait conserver ses matières.

M. Marc Sée rappelle que M. Trélat, dans sa communication, avait attiré l'attention des chirurgiens sur les accidents produits assez souvent par la compression qu'exercent les plaques de plomb employées dans la suture enchevillée : inflammation, suppuration, ulcérations, gangrène, etc. Depuis quelque temps M. Sée a réussi à éviter ces accidents en se servant de chevilles faites avec de petits rouleaux de gaze iodoformée qu'il avait vu employer avec succès dans le service de Bilroth, à l'hôpital de

Vienne. Par ce moyen, on n'a pas de suppuration dans les points de suture, et les fils peuvent rester très longtemps en place sans inconvénient. (*L'Union médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

DE L'INFLUENCE DES IRRITATIONS SEXUELLES SUR LES MALADIES DE L'OREILLE

Par Weber Liel. (*Monatschrift für Ohrenheilkunde*, 1883, n° 9.)

Les affections des organes sexuels de la femme, et même l'accomplissement physiologique de leurs principalés fonctions, exercent sur les maladies de l'oreille une influence fâcheuse.

Les troubles auditifs qui ont pour cause uniquement l'irritation ou l'état inflammatoire des organes génitaux n'acquièrent pas, en général, un grand développement. Par contre, lorsque la grossesse, une déviation de l'utérus, etc., surviennent dans le cours d'une maladie d'oreille, la marche et le caractère de celle-ci en sont profondément modifiés. Une simple otite catarrhale, souvent insignifiante, peut se compliquer de troubles nerveux et circulatoires considérables. La thérapeutique devient alors impuissante contre la maladie de l'oreille, tant que persiste l'état anormal de l'appareil de la reproduction. Ce n'est que lorsque de ce côté tout est rentré dans l'ordre, que l'oreille guérit à son tour, et cela sans traitement, la plupart du temps.

Lorsqu'une aggravation de la surdité et des bruits morbides se trouvent sous la dépendance d'un état particulier des organes génitaux, et seulement dans ce cas, l'électrisation fait constater le symptôme suivant : la malade éprouve une douleur très vive au niveau de la dernière vertèbre dorsale et de la première lombaire, lorsqu'on applique en ce point l'éponge qui recouvre l'électrode d'un circuit dont l'autre pôle est introduit dans la trompe d'Eustache, de manière à atteindre ou dépasser l'isthme de ce conduit. Cet effet est constant et se manifeste même avec un courant continu faible (de 5 à 8 petits éléments Leclanché).

Chose remarquable, tandis que la douleur augmente à mesure qu'on prolonge le contact de l'électrode, les bourdonnements, le vertige et

autres souffrances de l'oreille cessent complètement, ou diminuent d'une manière très notable pendant l'opération. Dans les cas trop anciens, l'ouïe revient presque à l'état normal ; dans ces mêmes cas, l'amélioration de tous les symptômes se maintient pendant plusieurs heures.

La dame E. H. était atteinte d'une dureté de l'ouïe, qu'elle attribuait à une affection diphthéritique qu'elle avait eue une année auparavant. Elle se plaignait surtout de bourdonnements d'oreilles, qui, modérés d'ordinaire, devenaient d'une intensité extrême à des moments qui coïncidaient avec une menstruation douleureuse et une hyperesthésie ovarienne. La surdité devenait alors également plus pénible, et la malade avait même éprouvé des secousses vibratoires de la membrane du tympan, symptôme qu'il eût été intéressant de pouvoir constater. Or, de tous les moyens par lesquels on avait essayé d'apaiser ces accès, un seul réussit : l'application de la glace sur la région de l'ovaire malade.

L'influence des excitations sexuelles sur les maladies de l'oreille est surtout manifeste chez les personnes atteintes du vice de l'onanisme. Je citerai le cas suivant:

J'ai donné des soins à un jeune homme pour une otite chronique avec écoulement purulent, perforation du tympan et productions granuleuses intratympaniques. Il était venu de la campagne pour entrer dans un collège et suivre en même temps un traitement. A cette époque, à part son mal d'oreille, il était d'une santé parfaite. Sous l'influence du traitement, son oreille s'était beaucoup améliorée. Au bout de deux mois et demi, la portée auditive, qui avait été très affaiblie, s'accrut, les granulations étaient devenues à peine perceptibles, l'écoulement était presque tari. Mais subitement la maladie changea d'allure. Tous les symptômes s'aggravèrent, et les moyens qui étaient employés auparavant avec succès ne produisaient plus d'effet. Depuis quelque temps j'avais remarqué chez ce jeune homme un changement dans l'état général et dans la physionomie qui me fit soupçonner qu'il avait contracté l'habitude de la masturbation, et je finis par savoir, en effet, qu'il avait été initié à ces pratiques par un condisciple vicieux. Ce ne fut qu'après être parvenu à l'affranchir de cette dangereuse passion qu'on put reprendre le traitement et obtenir une certaine amélioration. (*Annales des maladies de l'oreille.*)

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ AU HUITIÈME MOIS, DANS UN CAS DE VOMISSEMENTS INCOERCIBLES (13 juillet 1883)

Par le Dr Birchy.

Virginie F...., âgée de vingt-et-un ans, est atteinte depuis le mois de mai dernier de vomissements incessants. Mariée depuis huit mois environ, elle est enceinte depuis environ la même époque, et le cours de sa grossesse a présenté plusieurs phénomènes intéressants. Au mois de mars, elle a eu une hémorrhagie nasale très abondante ; il s'est écoulé environ un litre et demi de sang. Appelé à ce moment, je fis une injection d'ergotine et obtins au bout de dix minutes la cessation de cet écoulement, qui présentait une gravité exceptionnelle chez une femme naturellement anémique.

A partir de ce moment, les vomissements commencèrent, rares au début, incessants au moment où nous jugeons d'intervenir.

Après une consultation, nous observons l'état suivant : face très amaigrie, nez effilé, coloration jaunâtre des conjonctives et des gencives ; oppression très grande ; bourdonnements d'oreille assourdissants ; à l'auscultation, rien dans les poumons ; dans le cœur, souffle anémique très accentué ; pouls rapide, mais dépressible ; extrémités froides ; grossesse au huitième mois ; enfant vivant. Il existe chez cette femme une anteversion complète, gênant la miction (nous avions déjà été consulté au sujet de cette information, lorsque, jeune fille, la malade avait des menstrues très pénibles). Les vomissements empêchent toute alimentation depuis deux mois environ ; un verre de champagne constitue tout ce que peut conserver dans une journée la malade. Nous décidons, avec mon confrère appelé, d'intervenir, en opérant un accouchement prématuré.

L'anteflexion complète rendait impossible l'usage de l'éponge préparée ; elle rendait très difficile l'examen du col ; aussi nous songeâmes de suite à la ponction de la poche et cette méthode étant très lente, à activer le phénomène d'expulsion par une injection d'eau chaude.

Le vingt-trois juillet, à dix heures du soir, je fis, au moyen du trocart utérin de Galante, une ponction en guidant l'appareil avec l'index introduit dans le vagin ; je dus recourber fortement l'extrémité externe pour obtenir la pénétration de la pointe dans la cavité utérine ; je reconnus ce résultat obtenu par l'écoulement de quelques grammes de liquide amniotique. A ce moment, avec une seringue ordinaire, j'injectai, par la cânule du trocart, environ 150 grammes

d'eau chaude à 30° dans la cavité utérine, je fermai le robinet de la canule et j'attendis un quart d'heure environ. Alors, la femme commença à se plaindre de douleurs, je retirai la canule.

A trois heures du matin, les eaux s'écoulèrent et les douleurs s'accentuèrent. L'engagement, rendu très difficile par l'anteversion, se produit très lentement. Le sommet est entièrement encapuchonné par la lèvre antérieure dilatée. Avec le doigt et avec une sonde, nous sommes arrivés à réduire cet obstacle, et à sept heures du matin, l'engagement était complet. Les douleurs allaient diminuant, l'essoufflement augmentant, nous appliquons le forceps et délivrons la patiente.

L'enfant est bien portant, bien conformé, quoiqu'au huitième mois. Après le délivre, nous faisons à la mère une injection d'ergotinine, la matrice restant paresseuse; pas d'hémorrhagie, pas de complications à rattacher aux couches. L'anémie, à laquelle il faut ajouter la fatigue du travail, augmenta pendant quelques jours. Puis l'anasarque se produisit. Après traitement, la femme est aujourd'hui en pleine convalescence. Elle sort chaque jour. L'enfant se développe très bien.

L'opération, que nous avons tentée, nous a semblé la seule praticable dans ce cas. Elle est d'une grande simplicité, lorsqu'on n'a pas affaire à une déviation utérine et a de plus l'avantage d'abréger la durée du travail.

(*Journal de la Société de médecine et de pharmacie de l'Isère.*)

DE L'OPÉRATION CÉSARIENNE IN EXTREMIS.

Dans le dernier numéro du *Journal d'Accouchements*, nous avons rapporté l'opinion émise par l'Académie de Médecine et de Chirurgie de Naples, sur cette intéressante question. Or, le docteur Max Runge, *privat-docent* de gynécologie à l'Université de Berlin, a publié, dans le dernier numéro de la *Zeitschrift für Geburtshülfe* (t. IX) une étude sur le même sujet, dont nous allons donner une analyse sommaire.

L'auteur constate d'abord que, d'après l'observation clinique, il paraît extrêmement vraisemblable que le fœtus n'est pas toujours *directement* atteint de la maladie de la mère, de sorte qu'on peut encore espérer le sauver dans certains cas, même lorsque la maladie de la mère est mortelle. Quant à la voie à suivre dans un cas donné pour sauver l'enfant, lorsque l'état de la mère est désespéré, c'est là une question qui n'a encore été que peu étudiée, et dont la solution est

fort difficile et ne pourra être trouvée que si l'on peut se baser sur des cas nombreux et bien observés.

L'auteur rapporte ensuite un cas observé par lui-même. Il s'agissait d'une primipare de 20 ans, atteinte de méningite cérébro-spinale, dans le 8me mois de la grossesse. Bien qu'on considérât la mort de la patiente comme à peu près certaine, on attendit que la patiente eût succombé; on pratiqua alors aussitôt l'opération césarienne, mais l'enfant était mort. L'autopsie démontra qu'il avait succombé à l'asphyxie.

Dans un autre cas de méningite cérébro-spinale, également désespéré (7me mois de la grossesse), on pratiqua l'accouchement prématuré artificiel, au moyen de la dilatation du col et de la version suivie de l'extraction. La femme mourut pendant ces manœuvres ; l'enfant était également mort. L'auteur dit que dans le premier cas l'opération césarienne, pratiquée à temps, aurait certainement sauvé l'enfant, et dans le second, les chances pour l'enfant eussent aussi été meilleures.

L'auteur rapporte ensuite un cas célèbre : c'est le deuxième cas d'opération césarienne pratiquée *in extremis*. Il s'agissait de la femme d'un médecin, qui fut atteinte d'éclampsie dans le sixième mois de la grossesse. Son état ayant été jugé désespéré, et l'accouchement par les voies naturelles n'étant pas possible, on recourut à l'opération césarienne. L'enfant était mort et la mère vécut encore environ 14 heures.

Les médecins qui avaient fait l'opération, furent poursuivis par l'autorité judiciaire ; le Collège médical de la province de Silésie émit un avis désapprouvant la conduite des médecins, et ceux-ci furent condamnés à la plus haute peine comminée par la loi. La défense demanda alors une consultation de la Députation scientifique de Berlin. Cette dernière réfuta, d'une façon écrasante, l'avis du Collège médical de Breslau, reconnut que l'opération césarienne *in extremis* était légitime au point de vue scientifique, et les prévenus furent acquittés.

Runge rapporte encore un certain nombre d'autres cas, ainsi que l'opinion de plusieurs accoucheurs éminents qui admettent la légitimité de l'opération, mais en conseillant la plus grande circonspection.

Voici en quels termes l'auteur résume sa propre manière de voir : « Il s'agit uniquement d'arriver à une conclusion sur le point de savoir si la maladie existante se terminera par la mort dans l'espace de

quelques heures et si la marche en est telle que la vie de l'enfant est menacée avant la mort de la mère. Dans quelques affections, par exemple dans les maladies du cœur, il peut être excessivement difficile et même impossible, de se former une opinion, et dans ces cas, il faut déconseiller l'opération. Il sera beaucoup plus facile d'arriver à une conclusion, si la maladie principale, non seulement est incurable, mais encore est assez avancée pour qu'on puisse s'attendre à un dénouement prochain, même si les symptômes menaçants qui fournissent l'indication d'intervenir (tumeurs du cerveau, carcinomes, phtisie aiguë, etc.) n'existaient pas. C'est au médecin de juger dans un cas donné quelle conduite il doit tenir.

Dr P. L.

(Journal d'accouchements de Liège.)

OVARIOTOMIES ET HYSTÉRECTOMIES

Par le Dr Skene Keith.

(Extrait de l'*Edinburg Médical Journal*, septembre-octobre 1883.)

Il serait oiseux de s'extasier encore aujourd'hui sur les beaux résultats obtenus dans les grandes opérations abdominales. Il n'y aurait aucune nouvelle considération à présenter sur ce sujet. Mais nous considérons cependant comme parfaitement légitime d'exprimer le sentiment de profonde satisfaction que doit éprouver tout chirurgien en voyant se dérouler devant ses yeux ces longues séries presque ininterrompues de succès, souvent remportés dans les circonstances les plus difficiles : 68 ovariotomies, avec 4 décès seulement et 10 cas d'hystérectomies pour tumeurs fibreuses, tous heureux, et dans le nombre il s'en trouvait beaucoup qu'on avait refusé ailleurs d'opérer ! Il y a en outre un cas d'hystérectomie avec ovariotomie double : mort.

Ces opérations ont été pratiquées par l'éminent gynécologiste écossais Keith, pendant la période s'étendant du mois de janvier 1880 à la fin du mois de mai 1883. Les locaux affectés dans la New-Infirmary au traitement chirurgical des affections des ovaires, ne comprenaient que deux petites chambres, contenant chacune deux lits. Mais on trouva plus commode de placer trois lits dans l'une des chambres et de réserver le quatrième lit dans l'autre pièce à la patiente opérée en dernier lieu. Dans le principe, toutes les opérations étaient faites dans le grand amphithéâtre, ce qui était très préjudiciable aux malades, à

cause des longs couloirs qui séparaient ce dernier de la section gynécologique. L'amphithéâtre était chauffé jusqu'à 70° F. (21° c.) et au-delà ; environ 5 à 600 étudiants, dont plus de la moitié probablement venaient de la salle de dissection, assistaient aux opérations ; l'éclairage était très défectueux. On fit alors, pendant quelque temps, les opérations dans la chambre des patientes, mais à la rentrée des cours les administrateurs de l'hôpital exigèrent qu'on revînt à l'amphithéâtre, et il y eut alors plusieurs cas défavorables (*bad cases*), qui n'auraient pas dû avoir lieu.

A cette époque, toutes les opérations se faisaient encore sous le brouillard phéniqué. Pour éviter les effets des courants d'air provenant de ce qu'on entrait et sortait constamment de l'amphithéâtre, on dut placer le pulvérisateur si près des patientes qu'il y eut plusieurs cas de mort qu'on attribua à tort ou à raison à l'intoxication phéniquée. On fit alors de nouveau toutes les opérations dans la chambre des patientes, en n'admettant qu'un nombre limité de spectateurs, choisis parmi les étudiants les plus avancés ; ceux-ci devaient s'engager à ne pas s'occuper à ce moment de travaux pathologiques ou du traitement de cas d'érysipèle.

Tous les cas ont été traités par la méthode de Lister, à l'exception du brouillard antiseptique, qui fut abandonné dans la suite.

Sauf un seul cas, toutes les opérations faites ont été des ovariotomies ou des hystérectomies ; toutes les autres patientes, et le nombre en était grand, qui se présentèrent, furent envoyées dans les autres services. Parmi ces dernières, on a surtout remarqué le chiffre considérable de cas d'affections malignes du grand épiploon. L'ovariotomie, ainsi que nous l'avons dit, fut pratiquée 69 fois, l'ovariotomie partielle une fois ; une fois on fit une incision exploratrice chez une femme venue d'Irlande pour se faire opérer, bien qu'on eût cherché à lui démontrer qu'il valait mieux qu'elle se contentât des ponctions qu'on lui faisait de temps en temps depuis neuf ans.

L'hystérectomie a été faite dix fois pour des fibroïdes très volumineux ou à cause des hémorragies ; dans ces cas, on enlevait aussi les ovaires.

Deux fois on a extirpé avec succès l'utérus par le vagin, une fois pour un cancer, et l'autre fois pour une inversion utérine datant de longtemps, avec un fibrôme siégeant au fond de l'organe.

Les ovaires et les trompes furent enlevés deux fois. Une grossesse tubo-interstitielle à terme fut traitée par la laparotomie.

Un cas peut-être unique est celui d'un vaste kyste du foie ou de la vésicule biliaire, contenant 32 livres de bile ; il y avait de nombreuses adhérences qui furent détruites en majeure partie ; la guérison fut obtenue par le drainage.

Dans un cas de kyste ovarique suppuré, dont l'état était très grave au moment de l'admission, on fit une incision et ensuite le drainage guérison. Dans un autre cas, qui simulait un kyste suppuré, on trouva un vaste abcès dépendant du rein, avec un petit calcul. Il y eut en outre des cas de vastes abcès pelviens, de dilatation des oviductes, etc.

Tous les cas de kystes séreux des ligaments larges furent simplement ponctionnés et aucune des patientes n'est revenue à l'hôpital.

Un grand nombre de ponctions furent faites ; jamais il n'en résulta d'inconvénients, et souvent il s'ensuivit une grande amélioration dans les tumeurs volumineuses, de sorte que les patientes se trouvaient ainsi dans de meilleures conditions pour l'opération.

Sauf les deux cas de grossesse extra-utérine et de kyste biliaire, dans tous les autres, un diagnostic précis a été posé avant l'opération.

Parmi les 69 cas d'ovariotomie, 15, soit 21.73 p. c., étaient libres d'adhérences. Trente et une patientes avaient été ponctionnées de une à neuf fois avant l'opération ; neuf fois. c'est-à-dire 13 %, on a enlevé les deux ovaires.

La durée de l'opération a varié de 17 minutes à deux heures et un quart ; le temps nécessaire pour sectionner le pédicule au moyen du thermo-cautère a été de 5 à 8 minutes. Le cautère a été employé 55 fois, les ligatures seulement lorsque le pédicule était très mince ou qu'on aurait dû énucléer la tumeur d'entre les ligaments larges.

Dans les dix hystérectomies, le pédicule a été traité neuf fois par la voie extra-péritonéale ; chez ces patientes, la convalescence a été beaucoup plus lente que chez les ovariotomisées, où le pédicule a été constamment réduit.

Le chiffre des décès s'est élevé à 5. Dans l'un de ces cas, où l'utérus et deux grosses tumeurs ovariques furent enlevés, la patiente mourut de septicémie aiguë. Elle avait été ponctionnée neuf fois, et on lui avait conseillé fortement de ne pas courir les risques d'une opération. Des quatre autres patientes, l'une mourut encore de septicémie aiguë. Deux décès furent attribués à l'intoxication phéniquée produite par le brouillard pendant l'opération ; dans l'un de ces deux cas, on trouva une néphrite aiguë ; dans l'autre, on ne put rien constater. Dans ces

trois cas, on avait employé un brouillard phéniqué de 2 1/2 p. c. La cinquième patiente était une femme faible, qui subit une opération grave, à la fin de laquelle elle avait 170 pulsations à la minute ; et ce chiffre ne diminua pas ; ici la cause de la mort demeura obscure ; on n'avait pas employé le brouillard phéniqué.

La plus jeune des patientes avait 14 ans et la plus âgée 68 : elles guérirent toutes les deux.

Le volume des tumeurs extirpées a été fort variable : la plus grosse pesait 77 livres ; ensuite venaient des poids de 74, 70, 63, 60 livres, etc.; les deux plus petites pesaient 6 livres. Toutes ces patientes se rétablirent.

Toutes les opérations d'hystérectomie présentèrent une très grande gravité. Les tumeurs variaient de 5 livres à 42, la moyenne étant de plus de 20. Toutes ces patientes quittèrent l'hôpital complètement guéries.

L'auteur présente ensuite un tableau destiné à comparer les résultats obtenus par la méthode de Lister rigoureuse (c'est-à-dire avec le brouillard), et ceux obtenus par la méthode antiseptique sans le spray.

Au chiffre de 79, il ajoute les deux cas d'ablation des ovaires et des trompes et celui de grossesse interstitielle : total 82. La première catégorie d'opérations (avec brouillard), donne une mortalité de 4 cas sur 24, c'est-à-dire 16,66 p. c. pour le spray phéniqué et de 1 cas sur 2 pour le spray à la boro-glycérine ; la seconde (sans brouillard), une léthalité de 1 cas sur 56, soit 1,78 p. c.

(Les chiffres analysés ci-dessus ne se rapportent qu'aux opérations ayant pour but l'extirpation des ovaires ou de l'utérus ; mais le nombre total de patientes admises, a été beaucoup plus considérable : il s'est élevé à 191).

Après avoir ainsi présenté un aperçu général des opérations pratiquées, l'auteur nous fournit un tableau indiquant les principaux points de chacun de ces 79 cas ; à savoir : la date de l'opération, l'âge, la durée de l'opération, le poids de la tumeur, le traitement du pédicule, les adhérences, etc., et le résultat. Il donne ensuite une relation succincte des observations d'ovariotomie les plus intéressantes. Nous ne pouvons naturellement pas entrer dans des détails à cet égard, malgré l'intérêt que la plupart d'entre elles présentent. Nous nous contenterons d'en rapporter brièvement une qui se signale par sa

gravité toute exceptionnelle. (Les observations d'hystérectomie sont rapportées au complet.)

Obs. XI.— Patiente âgée de 22 ans ; début de la maladie il y a cinq ans : la tumeur est un énorme sarcôme. La patiente est alitée depuis un an, personne ne veut l'opérer. Finalement elle est envoyée à Keith qui lui conseilla de se soumettre à l'opération.

La tumeur est entièrement solide ; l'abdomen mesure 46 pouces à l'ombilic ; la vessie est entraînée jusque près de l'ombilic ; la tumeur remplit tout l'abdomen et le petit bassin jusque près de l'anus et paraît adhérer intimement à la paroi postérieure du vagin. Le rectum est libre ; on ne trouve pas de trace de l'utérus. L'opération eut lieu le 2 avril 1880 ; elle dura deux heures et un quart et fut excessivement laborieuse, sans qu'on perdît un moment ; on lia près de cent vaisseaux. La patiente fut replacée dans son lit dans un état de collapsus et sans pouls. Lorsqu'on fut arrivé sur la tumeur, on trouva que les deux ovaires, l'utérus et la vessie y étaient tellement englobés qu'il parut d'abord impossible de l'enlever. Le sommet de la tumeur remontait jusqu'à l'épigastre et était couronné par les bouts frangés des trompes. L'isolement du néoplasme fut opéré presque entièrement au moyen de la dissection ; on évita autant que possible de déchirer les adhérences. On chercha à morceler la tumeur, mais on n'y gagna presque rien, et une grande partie des liquides et du sang y contenus s'échappèrent dans l'abdomen. L'hémorrhagie qui se produisit dans le petit bassin fut des plus gênantes et l'on dut recourir aux ciseaux pour détacher le vagin. Lorsqu'on fut parvenu enfin à développer la tumeur, on entraîna l'utérus et la vessie jusque sur les cuisses. Le thermo-cautère fut largement appliqué. Drainage. Le poids de toute la masse enlevée était de 41 livres.

On eut beaucoup de peine à tirer la patiente du collapsus où elle se trouva plongée pendant plusieurs heures ; huit heures après l'opération, le pouls était encore imperceptible et paraissait être à 180 ; à minuit il était encore à 170. Il faudrait un volume pour décrire toutes les péripéties que traversa la patiente. La plaie, qui s'était complètement fermée, se rouvrit et commença à suppurer dans la deuxième et la troisième semaine ; une induration se forma dans l'hypochondre gauche, il y eut des frissons et une forte fièvre. Le 28e jour, on enfonça un trocart dans l'endroit tuméfié et l'on retira un peu de liquide purulent fétide. Le gonflement disparut ensuite lentement et

finalement la patiente se rétablit et quitta l'hôpital après un séjour de trois mois. Actuellement sa santé est excellente.

D^r P. Liebrecht.

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

TUMEURS FIBREUSES DU COL DE L'UTÉRUS EXPULSÉES D'UNE MANIÈRE INUSITÉE.

Par le professeur Stadfeldt, de Copenhague.

Je viens d'observer la guérison de la maladie d'une femme qui souffrait de tumeurs fibreuses développées dans le tissu du col utérin, tumeurs qui furent spontanément et successivement expulsées au dehors par le col, à travers le vagin, ce qui n'a lieu que fort rarement. Les premiers détails de ce cas ont été publiés il y a plusieurs années, dans une dissertation danoise, mais sont peu connus. Comme il semble que la maladie soit aujourd'hui heureusement terminée, je crois qu'il intéressera la Société d'en entendre le récit.

M^me H. B..., veuve, âgée de 44 ans, vient réclamer mes soins en juin 1875. Elle a eu trois enfants, dont le plus jeune a 21 ans. Souffrant depuis trois ans de ménorrhagies, de difficulté et souvent d'impossibilité absolue d'uriner, elle consulta plusieurs médecins. En faisant l'examen vaginal on trouvait une tumeur, du volume d'une tête d'adulte, insérée à la partie inférieure et gauche du col ; l'orifice utérin était à droite. La tumeur était en général dure, d'une dureté variable selon les points, et un peu élastique, reposant sur le détroit supérieur du bassin et le remplissant. Elle dépassait d'un pouce toute la paroi antérieure du bassin, et son extrémité inférieure se dirigeait en bas et atteignait presque l'entrée du vagin. On introduisait facilement la sonde de quatre pouces et quart dans l'utérus, mais principalement du côté droit. La partie supérieure du vagin était distendue par la tumeur et était fortement appliquée sur la circonférence du détroit. La vessie était refoulée en haut, et l'urèthre était si allongé qu'il fallut introduire la sonde de 8 pouces avant de pénétrer dans la vessie. Après avoir dilaté le col avec des bougies, on introduisit le doigt qui pénétra facilement de quatre pouces dans la cavité, et confirma le résultat de l'examen vaginal au sujet de la situation et du volume de la tumeur. Le fond de l'utérus, peu développé, était trouvé à droite et réuni à la tumeur. La malade vint me trouver au commencement de l'année 1876, afin de l'opérer ; à ce moment, une partie de

la tumeur, sous la forme d'un volumineux polype, fut expulsée hors de la vulve. Le polype avait un pédicule court et très épais, implanté sur la partie externe du col à gauche de l'orifice utérin. L'écoulement vaginal était un peu fétide et l'état de santé de la femme n'était pas bon ; elle avait de la fièvre, elle vomissait et l'appétit était perdu. Je passai un fil galvano-caustique autour du pédicule et j'en opérai la section sans difficulté. L'écoulement de sang fut minime ; elle guérit bien et rapidement ; la difficulté pour uriner et les métrorrhagies disparurent. La tumeur enlevée avait un diamètre de trois pouces et demi. C'était un fibro-myôme œdémateux ; il contenait une petite cavité kystique unique ; le pédicule était musculaire.

Plusieurs tumeurs semblables furent successivement expulsées par le col, toujours par sa partie externe ; cela arriva trois fois la première année. La première était un polype du volume d'un citron ; la seconde pesait 500 grammes, et la troisième 686 grammes. Finalement la dernière (le dixième polype) était expulsée et enlevée en septembre 1880. L'état de la santé, avant et après l'opération, fut toujours le même ; l'écoulement de sang fut peu abondant, quoique le dernier polype ait été enlevé avec l'écraseur et non avec l'anse galvano-caustique. J'ai gardé les dix tumeurs, placées dans l'alcool, dans notre musée Saxborphianum ; leur poids total est de 2,850 grammes.

Il y a trois ans que j'ai enlevé la dixième tumeur et la patiente continue à se bien porter. La difficulté d'uriner est disparue et la menstruation est normale. Je l'ai examinée en août 1883, et il me paraît probable qu'elle est guérie de sa longue maladie. Je trouvai alors que la volumineuse tumeur du col était complètement disparue. L'orifice de l'utérus avait la forme d'une fente transversale. Le col utérin antéfléchi était un peu augmenté de volume, et contenait une petite tumeur fibreuse dans sa paroi antérieure. La santé de la patiente et sa physionomie étaient tout à fait bonnes. (*Edimburg. medic. Journ.* et *Journal de Médecine de Paris*).

NOTE SUR UN CAS DE CALCULS EXTRA-URÉTRAUX CHEZ LA FEMME,

Par M. Ferdinand Giraud,

Aide d'anatomie et de physiologie à l'École de Médecine de Marseille — Interne du service de M. Chapplain.

Le 11 avril 1882 entrait à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Catherine, une femme de quarante-cinq ans, Julienne A..., à Paris, mariée et mère

de famille, sans profession fixe. Cette femme est muette et cette circonstance nous rend difficile l'interrogatoire : cependant, au moyen de demandes et réponses écrites, nous pouvons obtenir les renseignements qui nous sont nécessaires.

Elle se plaint de souffrir du bas-ventre. M. Chapplain l'examine et remarque à la partie médiane de la vulve, au-dessous du méat urinaire, entre les petites lèvres, une tumeur de la grosseur d'un œuf, arrondie, rougeâtre, paraissant située dans la cloison urétro-vaginale, et recouverte par la paroi antérieure du vagin : au toucher, elle est dure et paraît renfermer des corps étrangers que l'on sent frotter les uns contre les autres.

Une sonde est introduite par le méat et pénètre dans la vessie sans encombre ; une certaine quantité d'urine s'écoule, elle est normale ; la sonde est introduite une seconde fois ; mais la courbure tournée vers le bas ; elle pénètre alors par un orifice assez étroit dans l'intérieur de la poche et heurte un corps dur qui donne tout à fait la sensation d'une pierre. Un détail à noter, c'est qu'il n'y a point d'écoulement urinaire. Cette tumeur paraît ne contenir que peu ou point d'urine.

Le diagnostic s'impose donc. Nous avons là une urétrocèle contenant des calculs urinaires. D'où viennent ces calculs ? où se sont-ils formés ? sont-ils nés sur place ? quelle est leur nature, leur nombre, etc. ? Tout autant de questions que nous essayerons de résoudre.

Malgré son infirmité, la malade se prête volontiers à nos questions et elle nous apprend ce qui suit.

Il y a deux ans environ, pendant une dispute avec une autre femme, elle reçut deux coups de pied dans la région du bas-ventre ou du périnée, et, depuis cette époque, elle souffre en cet endroit. Au début, elle n'éprouvait que des souffrances légères et supportables, sans autres manifestations de la lésion qui était en train de se développer, lorsque, il y a dix mois environ, elle s'aperçut, un jour, qu'elle portait à la vulve une petite grosseur, laquelle, depuis lors, a augmenté peu à peu et est devenue la tumeur pour laquelle elle vient se faire traiter.

Cette tumeur est douloureuse, surtout dans la station debout et pendant les tentatives de coït : la malade ajoute que depuis qu'elle s'en est aperçue, ses rapports avec son mari sont devenus presque impossibles.

Ses antécédents, au point de vue d'une lithiase urinaire, sont abso-

lument nuls. Avant l'accident auquel elle fait remonter le début de la maladie, elle n'avait jamais rien éprouvé d'anomal du côté des organes urinaires. Jamais de souffrances dans les lombes, sur le trajet des uretères ou du côté de la vessie. Jamais de troubles du côté de la miction ou des urines ; elles sont toujours restées claires et limpides sans dépôts, sans graviers. Jamais d'hématurie, enfin aucun symptôme pouvant faire penser à une diathèse calculeuse.

L'opération est faite le 24 avril. M. Chapplain pratique l'extraction des calculs par le procédé de la dilatation brusque. La malade est anesthésiée par le chloroforme; un spéculum uni est introduit par le méat urinaire qu'il dilate jusqu'à 1 centimètre et demi environ, puis il extrait les calculs avec une pince à polype. Ils sont au nombre de 5, à forme polygonale, à facettes curvilignes concaves ou convexes et se correspondant les unes aux autres. Le plus gros a 22 millimètres de long et 18 de large : le plus petit est de la grosseur d'une graine d'orange. Leur poids total est de 12gr 100. Ils sont mous, friables, blanchâtres : à la coupe, on remarque qu'ils sont formés de couches concentriques toutes analogues : on obtient ainsi une poussière semblable à de la craie : en effet, l'analyse chimique faite par M. Caillol de Poncy, professeur à l'École, montre qu'ils sont formés de phosphate de chaux et d'une petite quantité de carbonate de chaux.

Les suites de l'opération sont bonnes : la malade ne mange pas de toute la journée et reste, évidemment, sous l'influence du chloroforme, dans un état de malaise général ; mais le lendemain, ce malaise a cessé : il n'y a pas de réaction fébrile, elle se plaint seulement d'une légère douleur pendant la miction. Le surlendemain de l'opération, le 26 avril, elle se sent encore toute brisée et trop faible pour se lever. Mais la fièvre est toujours nulle, l'appétit revient et l'état général est bon. La tumeur est bien revenue sur elle-même, on la sent dure, petite et ratatinée : la malade n'a pas perdu ses urines, nous dit-elle, ses draps ne sont pas mouillés ; il y a eu seulement un léger écoulement de sang ; la douleur pendant la miction a augmenté et persiste pendant quelques jours encore, puis elle diminue, et la convalescence, si c'en est une, ne présente à considérer que l'apparition des règles à leur époque naturelle, le 30 avril, un peu de constipation et un léger écoulement d'urine. La malade sort le 5 mai de l'hôpital.

La rareté de l'affection qui nous occupe nous a engagé à faire

quelques recherches au sujet des calculs de l'urèthre ou de ceux qui se forment dans une cavité dépendant de ce canal.

Les calculs de l'urèthre chez l'homme sont assez fréquents : on en cite d'assez nombreux exemples, formés surtout autour de corps étrangers venus du dehors ou de pierres venues de la vessie. Chez la femme, un calcul de l'urèthre sera toujours une curiosité pathologique : on comprend facilement que la brièveté du canal et sa dilatabilité sont des conditions très défavorables pour l'arrêt d'un corps quelconque dans sa cavité ; le moindre flot d'urine l'expulsera et l'empêchera ainsi de se recouvrir de couches calcaires et de former un calcul.

Quant aux pierres formées des cavités anomales dépendant de l'urèthre, on en a quelques exemples chez l'homme. Nous n'en avons pas trouvé d'observations chez la femme, et c'est ce qui nous a engagé à faire quelques recherches au sujet de la formation de ces calculs, de leur développement et des moyens curatifs de la lésion.

Comment donc s'est formée la poche qui les renferme ? Comment se sont formés les calculs ? Telles sont les deux questions les plus importantes. Pour résoudre la première, écoutons ce que dit M. Simon-Duplay, dans son étude sur les maladies de l'urèthre chez la femme (1) :

« La lésion caractérisée par le développement, sur le trajet de l'urèthre, d'une tumeur liquide en communication avec ce canal et donnant accès à l'urine n'a pas encore été étudiée. Les auteurs n'en parlent pas. Quelques faits ont été recueillis par Foucher, Gillette, Priestley, Simon. Ce sont des observations de tumeurs pleines d'urine, dont un des principaux symptômes consistait dans la sortie de l'urine pendant les rapports sexuels et dans la station debout : la femme, à ces moments-là, se sentait toute mouillée. Ces tumeurs pouvaient être soit une dilatation partielle de l'urèthre, soit une cavité accidentelle creusée dans l'épaisseur des tissus péri-urétraux. Quel est le mode de développement des tumeurs de la dernière variété ? Sont-elles congénitales, comme le pense L. Tait ? Ce n'est pas probable, car elles apparaissent toujours entre vingt-cinq et cinquante ans et jamais dans la jeunesse. Sont-elles causées par l'ouverture dans l'urèthre d'un kyste sébacé de sa paroi, comme c'est l'avis de Priestley ? Ce fait doit être très rare et ne paraît pas démontré. Je suis donc porté à croire, ajoute M. Duplay, que l'affection a été le résultat d'une lésion accidentelle

(1) *Archives de médecine*, juillet 1880.

de la paroi inférieure de l'urèthre, dans la production de laquelle la grossesse et surtout l'accouchement ont eu une large part. J'expliquerais volontiers le mode d'action de l'accouchement dans la production de la lésion en disant que la compression et le tiraillement de l'urètre lors du passage de la tête ont eu pour conséquences un affaiblissement ou le relâchement de la paroi inférieure du canal, d'où résulte soit la dilatation simple, soit une éraillure ou une déchirure limitée de cette paroi, permettant la sortie d'une petite quantité d'urine et la formation d'une poche urineuse. »

Telle est l'opinion de M. Thillaux qui, dans son *Traité d'anatomie topographique* (1), fait remarquer « que la cloison urétro-vaginale est très épaisse, surtout en haut, où elle ne mesure pas moins d'un centimètre, qu'elle s'amincit en se rapprochant du méat et qu'il est rare qu'elle soit déchirée pendant l'accouchement, car elle échappe à la pression de la tête ».

Certes, le cas qui nous occupe n'est pas fait pour éclairer le sujet, car l'accouchement n'est pas ici la principale cause de la fissure initiale. Cette femme a eu plusieurs couches, il est vrai, et ces accouchements, si nous admettons l'opinion de M. Duplay, sont venus causer peu à peu un état de relâchement et d'affaiblissement du canal, qui a dû le rendre susceptible de se déchirer ou se contusionner bien facilement au moindre traumatisme. Mais l'accident qui lui arriva il y a deux ans, ne doit-il pas être mis en première ligne pour donner la raison du fait ? Ce coup de pied qu'elle reçut dans la région périnéale ne suffit-il pas pour expliquer une contusion du périnée et par suite une déchirure de l'urèthre ? Cette déchirure a été le point de départ d'un épanchement d'urine dans les tissus péri-urétraux, épanchement qui a augmenté peu à peu et a fini par former une véritable tumeur liquide enkystée.

Une observation citée dans l'ouvrage de MM. Voillemier et Le Dentu (2) présente une analogie frappante avec celle qui nous occupe. « M. Pierceau enleva à un pilote une pierre dans le scrotum, et dont la cause présumée était un coup de pied reçu six ans auparavant ; il jugea avec beaucoup de fondement que le canal de l'urèthre avait souffert une contusion qui donna lieu à une ouverture par laquelle l'urine

(1) Tillaux, *Anatomie topographique*, page 834.

(2) Voillemier et Le Dentu. *Traité des maladies des voies urinaires* (1868), p. 502 et suiv.

s'était fait jour dans le tissu cellulaire et qu'elle y avait formé cette pierre par addition successive de couches tartreuses les unes sur les autres. »

D'autres faits pourraient nous expliquer la déchirure de l'urèthre et la formation consécutive de la poche, si nous n'en connaissions déjà la raison. Pendant une séance de lithotritie, par exemple, on est exposé, en retirant l'instrument, à laisser, implantés dans les parois du canal, des petits fragments de pierres qui les déchirent, d'où formation de poches urineuses. L'onanisme ne pourrait-il pas aussi être incriminé ? Les femmes qui ne peuvent mettre aucun frein à leur malheureuse passion, n'emploient-elles pas tous les moyens de la satisfaire ? N'a-t-on pas mille exemples de corps étrangers de toutes natures, introduits dans l'urèthre dans un but coupable et pouvant amener des déchirures de ses parois ?

Mais ici rien de tout cela : pas de lithiase, pas d'opération antérieure chez notre malade. Son âge, sa situation de mère de famille, éloignent la supposition d'onanisme.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

ABLATION DES TUMEURS DU SEIN CHEZ LES JEUNES PERSONNES SANS MUTILATION.

(*The med. and surgical reporter. Philadelphia june* 16, 1883.)

Le Dr Reuben A. Vance présente à ses élèves une jeune fille de 21 ans, à laquelle il a enlevé, il y a dix mois, une tumeur bénigne du sein, sans mutilation de l'organe, et sans qu'il y ait de cicatrice à sa surface. Cette jeune fille avait tardé à se faire opérer, et sa tumeur, augmentant à chaque époque menstruelle, était devenue énorme ; les souffrances et l'ennui avaient porté atteinte à sa santé générale. Aujourd'hui sa santé est florissante ; lorsqu'elle est debout il est impossible de savoir quel sein a été opéré ; et, si on vient à le soulever, on n'aperçoit à l'union de la partie inférieure du sein à la paroi thoracique, qu'une simple ligne blanche.

Cette jeune fille est accompagnée d'une amie qui réclame l'opération.

Jusqu'à vingt-cinq ans, le cancer de la mamelle est à peu près inconnu ; après quarante-cinq, il est très fréquent. On peut conclure de là que les tumeurs des vieilles femmes sont généralement cancéreuses, tandis que celles des jeunes ne le sont pas. Les premières demandent l'ablation complète de l'organe malade, les secondes, l'énucléation de la masse morbide.

Chez les vieilles femmes, l'organe malade a joué son rôle dans la vie ; chez les jeunes, l'organe est à peine développé, et ses devoirs sont encore à remplir. Enfin, on doit prendre en considération la symétrie et la beauté corporelle, considération très importante pour une jeune femme, et tout à fait secondaire pour une vieille.

Il faut enlever les tumeurs le plus tôt possible, parce que le stimulus de la menstruation, de la grossesse, de la lactation, peut faire augmenter leurs proportions, et une tumeur, qui semblait tout d'abord avoir un caractère bénin, peut, à un moment donné, revêtir les formes du cancer. Beaucoup de jeunes filles hésitent à se faire opérer dans la crainte de la mutilation.

La méthode de l'auteur est celle décrite par le Dr Gaillard Thomas dans *the New-York medical Journal and obstetrical Review*, légèrement modifiée.

On trace en dessous du sein, juste à l'endroit où il s'unit à la poitrine, une ligne demi-circulaire à l'aide du nitrate d'argent ; on trace en même temps les points d'entrée et de sortie des épingles qui doivent servir à la suture; puis la malade étant anesthésiée, on coupe la peau et le tissu cellulaire jusqu'aux muscles. On dissèque ensuite la partie postérieure de la mamelle jusqu'à ce que la ligne de dissection représente la corde d'un arc s'étendant d'une extrémité à l'autre de la ligne demi-circulaire. Après ligature des vaisseaux, la mamelle est tenue renversée de bas en haut. On fait alors une incision sur la tumeur que l'on fixe avec des pinces et que l'on détache avec des ciseaux. Après avoir combattu les hémorrhagies qui ont pu se produire, on remet tout en place, on fait les sutures ; et pour faire disparaître la cavité laissée par l'ablation de la tumeur, on exerce une compression à l'aide de bandes de flanelle.

Le Dr Gaillard Thomas laisse un drain dans la plaie ; mais l'auteur préfère exercer la compression et, s'il se développe du pus, lui don-

ner issue avec une sonde. Le drain, d'après lui, peut laisser un point d'induration.

Dans les cinq derniers cas traités par la compression et sans drain, la cavité s'est fermée par première intention, aussi promptement que s'il se fût agi d'une plaie cutanée.

Dr Edmond CHAUMIER.

(*Concours médical.*)

TRAITEMENT DE LA LEUCORRHÉE.

Par le Dr FRUHAUF.

Dans des cas où le traitement ordinaire avait échoué, l'auteur a souvent réussi par la méthode suivante : il commence par désinfecter le vagin en y injectant une solution contenant 1/100 d'acide phénique et 1/100 d'acide borique. Ensuite, au moyen d'un spéculum, il y introduit trois ou quatre tampons d'ouate de la grosseur d'une noix ; chacun de ces tampons contient 10 à 20 centigrammes d'iodoforme ; il faut avoir soin de les munir d'un fil pour en opérer l'extraction. On les laisse en place deux ou trois jours, on suspend la médication autant de temps, puis on recommence ainsi jusqu'à complète guérison. S'il y a un ulcère du col de l'utérus, on le cautérise avec une solution composée de parties égales d'acide acétique et d'eau distillée. Il sera nécessaire, dans certains cas, d'avoir recours en outre, à un traitement général, dont les préparations martiales seront la base. L'auteur donne la préférence à l'eau de phosphate de fer et au lactate de fer. (*Riv. di Genova* et *Journal de Médecine de Paris.*)

EMPLOI DE L'IPÉCA DANS LES ACCOUCHEMENTS LABORIEUX.

L'administration de l'ipéca pendant le travail de l'accouchement a deux indications. L'ipéca, donné à la dose de 25 centigrammes à deux ou trois reprises et à 30 minutes d'intervalle, est un des meilleurs moyens qu'on puisse employer contre la rigidité spasmodique du col utérin.

Ce médicament est encore une ressource précieuse dans les cas où

l'on a affaire à des contractions excessivement douloureuses, mal coordonnées, dont l'effet utile n'est pas le moins du monde en rapport avec l'intensité de la souffrance accusée par la patiente. En pareille circonstance, l'ipéca, donné comme dans le cas précédent, amène une sédation presque instantanée, et ces douleurs, tout en étant beaucoup moins pénibles qu'auparavant, n'en amènent pas moins beaucoup plus rapidement la dilatation de l'orifice utérin et l'expulsion du fœtus.

(*Medical Record* et *Moniteur de la Polyclinique*.)

BIBLIOGRAPHIE

LES MALADIES PUERPÉRALES

ETUDE CLINIQUE, PAR LE Dr F. SIREDEY,

Médecin de l'hôpital Lariboisière.

Si les traités et les manuels d'accouchements abondent, on peut dire que les livres qui s'occupent de la clinique obstétricale et de la chimie des maladies puerpérales sont rares. A part le volume de Depaul pour l'obstétrique et celui de Hervieux pour les maladies puerpérales suites de couches, le praticien, pas plus que l'élève, ne savaient jusqu'ici où puiser les connaissances complémentaires indispensables à tout accoucheur.

Ce désideratum vient d'être comblé par M. F. Siredey qui, dans un excellent traité sur la matière, met son lecteur à même d'étudier les différentes formes de l'infection puerpérale à l'aide de nombreux documents qui lui sont personnels et qui, bien interprétés, donnent aux médecins l'explication de la grande variété des phénomènes infectieux et lui prouvent que tous les germes morbides, quelle que soit leur origine, viennent en dehors de l'accouchée ; d'où la conséquence pratique que, pour éviter les maladies puerpérales, il faut tout d'abord protéger les érosions et les plaies génitales contre les microbes extérieurs, en d'autres termes, donner à la prophylaxie des accidents puerpéraux toute l'importance qu'elle mérite.

C'est en pratique ce qu'avait dit M. le professeur Tarnier dans sa leçon d'inauguration à la Faculté de Médecine, lorsqu'il faisait voir la mortalité à la Maternité tombant de 9,3 pour 100 à 2,3 rien que par l'isolement et la séparation des femmes accouchées, et de 2,3 pour 100 à 1,3 en y ajoutant l'emploi des antiseptiques.

Donc, propreté parfaite, isolement rigoureux, antiseptie, tels sont les trois termes qui sont, pour ainsi dire, les bases de toute prophylaxie sérieuse des maladies puerpérales.

Grâce au livre de M. Siredey, la démonstration de cette vérité n'est plus à faire, et par un bon nombre d'observations aidées du concours des sciences accessoires, le praticien pourra se rendre compte de la supériorité des méthodes nouvelles et de la valeur des théories de M. Pasteur.

Est-ce à-dire que notre savant confrère soit un partisan enthousiaste de la doctrine parasitaire ? Croit-il à un germe bien défini spécial à la puerpéralité ?

En principe, la prudence ne permet pas à M. Siredey de se prononcer ; mais il accepte, cliniquement parlant, le pansement de Lister et ses dérivés, comme étant, dans l'état actuel de la science, le seul moyen qui lui ait permis de considérer comme de simples accidents chirurgicaux les phénomènes jusque-là confus des maladies puerpérales.

On regrette, en lisant cette dernière partie du livre que j'analyse, que son auteur n'ait pas consacré plus de développements à l'arrêt de l'involution utérine, étant donnés les détails dans lesquels il était entré, aidé des recherches de Mayer, à propos de l'involution normale. C'est qu'en effet, les accoucheurs ont, dans la pratique, la mauvaise habitude d'abandonner leurs malades avant que l'involution soit complète. Ils suivent bien l'accouchée un certain nombre de jours; mais dès que ce terme est révolu, ils se retirent, sans guère se préoccuper de l'involution et sans se soucier de savoir s'il y a eu marche régulière ou arrêt dans le retour de l'utérus au volume qu'il devra désormais conserver.

Or, c'est cette routine des accoucheurs qui fournit la plupart des sujets qui vont former la clientèle des gynécologistes, et comme les femmes se décident tardivement à aller trouver un spécialiste, qu'elles y vont à des époques très variables, il en résulte que nos confrères rencontrent des lésions histologiques qui sont loin d'être

toujours les mêmes, mais qui, d'une façon à peu près générale, paraissent être le résultat d'un engorgement veineux ou lymphatique.

Nous retrouvons, en effet, dans la partie capitale du livre de M. Siredey, celle qu'il consacre à la phlébite et à la lymphangite, que bien souvent, l'examen anatomo-pathologique dans la première de ces affections a démontré la continuation du caillot veineux dans les veines utérines ; ceci prouverait que c'est dans les organes génitaux qu'il faut chercher le point de départ de l'inflammation veineuse simple.

La phlébite infectieuse, au contraire, a un processus beaucoup plus rapide et réclame plutôt les soins de l'accoucheur que du gynécologue. Cependant, à l'origine, les deux maladies présentent quelques points de contact. C'est surtout au niveau de la plaie placentaire qu'on trouve les altérations primitives des veines dans les deux formes de la phlébite. Seulement, dans la phlébite infectieuse, les caillots se tranforment vite en sanie putride qui va porter avec le pus, dans le torrent circulatoire, les organismes inférieurs de provenance extérieure qui, quelle que soit leur forme, déterminent, dans les différents viscères, la production d'embolies septiques contre lesquelles la thérapeutique est trop souvent impuissante.

Quant à la lymphangite, que M. Siredey place avant la phlébite, bien qu'elle soit connue depuis moins longtemps, il lui fait jouer un rôle important dans la production de la péritonite (lympho-péritonite) et dans celle du phlegmon péri-utérin (adeno-phlegmon). Cette dernière forme de la lymphangite peut encore être due à un arrêt de l'involution utérine et ne paraît que longtemps après le départ de l'accoucheur, si la femme s'est levée et livrée à des fatigues exagérées avant que l'involution soit accomplie.

Je regrette de ne pouvoir suivre M. Siredey dans les descriptions cliniques, pleines de faits instructifs, qu'il donne de ces deux formes de la fièvre puerpérale, lymphangite et phlébite, mais j'en retiens ceci, c'est que, dans l'une comme dans l'autre de ces maladies, il y a un état général grave, qui peut devenir rapidement

mortel, et un état local, dont l'évolution est lente, et qui, tout en reconnaissant une origine puerpérale, échappe au domaine de l'accouchement proprement dit pour passer dans celui des maladies des femmes, suites de couches.

M. Siredey décrit en outre des formes mixtes, toujours d'autant plus graves qu'elles se rapprochent du moment de l'accouchement. Heureusement que ces formes apparaissent souvent à une époque assez éloignée de la parturition.

Toutes ces choses et d'autres encore, telles que les néphrites et les éruptions puerpérales, etc., sont traitées dans le livre de M. Siredey avec la haute autorité que lui donnent 20 années de pratique hospitalière spéciale et un esprit d'observation et d'analyse qui assure le succès de son travail.

Dr E. Verrier.

FORMULAIRE

—

Traitement de la congestion chronique du foie considérée comme réflexe utérin.

(Dr J. Chéron.)

La congestion chronique du foie joue dans la genèse des maladies un rôle prépondérant trop peu étudié jusqu'ici, mais sur lequel la physiologie de cet organe appelle depuis peu l'attention. Il est fréquent de voir chez les arthritiques atteintes d'affections utérines se produire une congestion chronique du foie, qui entraîne à sa suite de nombreux troubles de la nutrition.

Il ne suffit pas, pour ramener cet organe à son fonctionnement normal, de traiter l'affection utérine qui a donné naissance à la congestion chronique ; il faut lui opposer un traitement méthodique, car la congestion chronique du foie est d'autant plus rebelle, en cette circonstance, qu'elle existe depuis un temps plus

long et que la constitution est plus appauvrie. C'est à la méthode évacuante et spécialement aux purgatifs dits cholalogues qu'il faut d'abord avoir recours. C'est ainsi qu'on emploie la rhubarbe, le podophyllin, l'évonymin, le calomel sous les formes et aux doses suivantes :

Bois concassé de rhubarbe de Chine de 6 à 8 grammes.

Faire macérer, du soir au matin, dans un verre d'eau froide, passer et boire au réveil, en deux fois, à dix minutes d'intervalle. Une fois par semaine.

Podophyllin.............	0.40 centigrammes
Extrait de jusquiame....	0.30 centigrammes

pour 20 pilules.

Prendre une fois par semaine, une ou deux pilules, le soir en se couchant, trois heures après le repas.

Evonymin...............	0.40 centigrammes
Extrait de belladone......	0.30 centigrammes

pour 20 pilules.

Une à deux pilules, chaque semaine, le soir en se couchant, trois heures après le repas.

Rhubarbe en poudre......	0,50 centigrammes.
Calomel..................	0,05 centigrammes.
Sucre pulvérisé...........	Q. S.

Mêlez et divisez en 10 doses — à prendre d'heure en heure.

Les révulsions sur la région épigastrique et sur la région du foie seront employées avec avantage. Le cataplasme sinapisé, le vésicatoire, les pointes de feu.

Les eaux alcalines de Vichy, de Vals, d'Evian ; les eaux diurétiques de Contrexeville, de Vittel et de Capvern seront prises le matin et aux repas.

Enfin, un régime d'où seront exclus les farineux et les crudités (fruits, salade, etc.), la privation absolue de liqueurs et de vin pur, devra compléter le traitement de cette congestion. Il va sans dire que, pendant ce temps-là, le traitement de l'affection utérine ne devra pas être négligé.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE
SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES
(3e Leçon)

SUITE DES ORGANES DE LA GÉNÉRATION. — CE QUE L'ON DOIT PENSER DE LA MENSTRUATION, SUIVANT LES RACES

—

Messieurs,

Avant d'aborder l'étude comparée de l'utérus et de ses annexes, je vous dois quelques mots sur la forme variée de cette membrane que l'on dit spéciale à la femme et qui sépare les organes externes des organes internes de la génération, j'ai nommé l'hymen que l'on rencontre chez les filles vierges.

D'après le Dr Budin, qui a fait une étude intéressante sur la déchirure de cette membrane après les premiers rapports sexuels, elle ne serait que la continuation de la muqueuse du vagin dont l'extrémité antérieure perforée vient s'insinuer et sortir entre les petites lèvres et constituer ainsi l'hymen.

Cette séduisante manière de voir n'est pas admise par tous les anatomistes qui, pour la plupart, enseignent que l'hymen provient de la formation que l'on a appelée extérieure, alors que le vagin, au

contraire, appartient à la formation intérieure, c'est-à-dire qu'il s'est formé par la fusion et le développement des conduits de Müller, tandis que l'hymen ne serait qu'une dépendance muqueuse du sillon uro-génital.

Quoi qu'il en soit, de Sinety a admis cinq types d'hymens variés et nous nous rattachons à cette manière de voir. Dans le premier type l'hymen est fendu verticalement ; dans le second il est perforé à son tiers supérieur ; le troisième type nous montre une ouverture circulaire au centre de la membrane ; dans le quatrième nous trouvons l'ouverture supérieure si connue en forme de croissant, et enfin le dernier type correspond à une simple bandelette circulaire ou elliptique doublant pour ainsi dire l'entrée du vagin.

Mais rien, dans ces formes, ne caractérise une race ou même un peuple. Il y a là toute une étude et des recherches nouvelles à faire au point de vue ethnologique pour savoir s'il existe sinon des particularités de forme, du moins des différences dans les dimensions de l'hymen dans les races, ce qui permettrait en même temps d'élucider la question, encore controversée, d'origine anatomique.

Au delà de l'hymen et après le vagin, dont nous avons déjà parlé, se trouve l'utérus...

Cet organe, chez la femme, à quelque race qu'elle appartienne, est uniloculaire, sauf anomalies, et elles sont assez fréquentes.

Dans ces cas, il ne peut être question que d' un arrêt de développement ou d'un retour à un ancêtre très éloigné d'après les lois de l'atavisme.

J'admets l'arrêt de développement dans les cas où un simple éperon, au fond de l'utérus, donne à cet organe la forme plus ou moins rapprochée d'un cœur, mais lorsque l'éperon se prolonge jusqu'au col, de manière à former deux cavités distinctes, quelquefois même à séparer aussi le vagin pour en faire deux conduits, il y a là, non plus un simple arrêt de développement, mais une persistance de l'état embryonnaire qui marque un mouvement d'hésitation de la nature, de régression vers un état antérieur dans lequel la matrice était double, comme elle l'est encore chez

bon nombre de mammifères, les femelles des équidés, les bovidés, par exemple, qui possèdent des utérus bi-cornes. Chez celles-ci, chaque corne aboutit à une trompe qui met l'ovaire correspondant en communication avec la matrice, et chez ces femelles le fœtus se développe dans la corne même de l'utérus.

Cette disposition est encore plus sensible chez les mammifères qui font plusieurs petits à la fois, chacun de ceux-ci se développant dans la corne où l'ovule fécondé est venu se greffer. On peut voir un cas d'utérus bifide sur un dessin du musée Orfila à la Faculté de médecine. Ces cas, rares quand ils sont complets, expliquent la possibilité de la superfœtation, comme il y en a de nombreux exemples chez d'autres mammifères.

Lorsqu'au contraire, il n'existe qu'une déformation comme celle dont nous avons parlé, l'accommodation du fœtus devient vicieuse, d'où des anomalies dans les présentations et les positions fœtales.

Il ne faut pas perdre de vue que dans la vie embryonnaire, chez la femme, l'utérus et le vagin se développent aux dépens de la partie inférieure des canaux de Müller, qui persistent dans leur partie supérieure en donnant naissance à chaque trompe correspondante. Ils ne se soudent à leur partie inférieure que vers le 2e mois de la grossesse. Au début de la vie intra-utérine, il existe donc deux utérus et deux vagins indépendants. Après la soudure des canaux de Müller, il n'y a plus qu'un vagin cloisonné, mais encore deux utérus ; plus tard la cloison intermédiaire aux deux cavités se résorbe, et il n'y a plus, d'abord, qu'un vagin unique, puis, qu'un utérus unique, du moins dans l'espèce humaine.

Lorsqu'un éperon persiste au fond de l'utérus, c'est que la résorption de la cloison intermédiaire n'a pas été complète, mais lorsque les deux utérus persistent dans toute la hauteur de l'organe, il y a là plus qu'un simple arrêt de développement, mais une hésitation de la nature qui a pour résultat de produire chez la femme un utérus double ou bicorne, comme on le rencontre chez d'autres animaux à l'état normal.

D'autre part, chez les singes, on trouve, d'après les espèces, des

utérus uniloculaires (anthropoïdes) et des utérus bicornes. Cependant, les singes ne font ordinairement qu'un petit à la fois et la grossesse de jumeaux est plus rare chez eux que chez la femme.

Quoi qu'il en soit, même dans les races inférieures, chez la femme, la normale de l'utérus est d'être uniloculaire. Les différences ne portent guère que sur le col, et les observations prises ne concernent que les négresses de la côte occidentale d'Afrique, chez lesquelles le col a été trouvé piriforme, plus gros et plus long que chez les Européennes, malgré le peu de développement de l'appareil génital externe dont nous avons parlé.

La longueur du col chez ces femmes est de . .	4 cent.		4
La largeur	1	»	9
Tandis que chez l'Européenne la longueur chez la nullipare est	3	»	1
Et la largeur	1	»	7

Ces mesures, prises par M. de Rochebrune (*Revue d'anth.*, 15 avril 81) nous paraissent comporter une erreur de typographie quant à l'Européenne. Le mémoire de la *Revue* portait, en effet, longueur 17 millim. et largeur 31 millim. Or, tous les observateurs savent que chez la primipare la longueur l'emporte sur la largeur ; j'ai donc renversé la proposition pour éviter la propagation d'une erreur.

Quoi qu'il en soit, M. de Rochebrune donne en outre au col de l'Ouolove une direction de l'orifice en avant qui, jointe à la longueur de l'organe, ferait diagnostiquer chez une Européenne « un prolapsus au premier degré ». Cet allongement est-il bien un caractère éthnique ou le résultat des conditions de climat, de nourriture, de menstruation abondante, de la danse, des fatigues, etc. M. Corre, dans son excellent petit livre sur la *mère et l'enfant dans les races*, sans récuser l'action des conditions de milieu dans lequel vivent ces femmes, trouve des conditions de vie à peu près semblables chez d'autres femmes créoles, ou coolies, sans que, pour cela, cette disposition particulière du col se rencontre.

D'un autre côté, le Dr Vel déclare que cet allongement hyper-

trophique du col est fréquent aux Antilles chez des femmes âgées appartenant à diverses races et à toutes les classes de la population ; et de même aussi chez des femmes jeunes, mais ayant eu des accouchements fréquents ou s'étant adonnées à de rudes travaux.

En définitive, je crois qu'on peut, avec le Dr Corre, accorder quelque part d'influence à la race dans cette hypertrophie du col habituelle chez la négresse, même primipare, et rapprocher avec lui cette particularité ethnique du développement clitoridien observé chez les mêmes femmes.

Parmi les mammifères domestiques dont l'utérus est bicorne et se forme par la soudure des canaux de Müller à leur partie inférieure, alors que la partie supérieure demeure distincte d'une façon permanente, on trouve un premier ordre dans lequel les cornes utérines sont dirigées en haut comme chez la jument et autres équidés, la chienne, la chatte ; et un second ordre, dans lequel les mêmes cornes sont tournées en dessous comme chez la vache, et ses diverses variétés, la brebis, la chèvre, la truie, etc. Chez tous ces mammifères, l'utérus est bien musculaire, mais au lieu de former une cavité épaisse à plusieurs rangs de fibres imbriquées comme dans l'espèce humaine, il est beaucoup moins épais et ressemble à une sorte de sac membraneux dont on peut suivre la direction fibrillaire à l'œil nu, même en état de vacuité.

Quant aux ovaires, on n'a aucun renseignement sur leurs variétés anatomiques suivant les races humaines ; mais nous verrons ultérieurement les différences qui existent dans l'apparition de la menstruation chez les différents peuples et les conséquences que l'on en peut tirer au point de vue ethnologique. Pour ce qui est de l'ovulation proprement dite, on ne peut raisonner que sur des hypothèses.

Souvenons-nous seulement que les ovaires, normalement doubles chez les mammifères, sont, chez la femme, ovoïdes, de la grosseur environ d'une amande [4 cent. de longueur sur 2 de hauteur et 1.5 d'épaisseur — le gauche un peu plus fort que le droit Puach], tandis qu'ils sont ronds chez la jument et de la grosseur

d'une noix recouverte de son brou, différents encore chez d'autres mammifères ; que chez quelques-uns de ceux-ci enfin le hile est perceptible sur l'ovule même.

Les trompes de Fallope et le pavillon frangé qui les termine, assez importants comme volume chez la femme, sont au contraire très petits chez la vache et la jument. Chez ces animaux, les trompes partent de chaque corne de l'utérus et se terminent près de l'ovaire par un pavillon *en houppe.*

De plus, la disposition du péritoine, particulièrement chez la vache, permet la castration par les parois vaginales, alors que l'on sait cette opération à peu près impossible par cette voie chez la femme.

Abordons maintenant, Messieurs, la partie physiologique :

La question touchant l'indépendance de l'ovulation d'avec la menstruation n'est pas encore assez généralement admise pour que, dans les circonstances où je me trouve, je puisse trancher cette question d'un côté ou d'un autre.

Je la réserverai donc pour l'instant. Mais je puis, quant à la menstruation, donner au moins des renseignements utiles et intéressants.

Cet écoulement de sang périodique n'est spécial ni à la femme, à quelque race qu'elle appartienne, ni aux singes qui s'en rapprochent le plus et ont également un écoulement mucoso-sanguin périodique comme les phitéciens et sans doute aussi les anthropoïdes.

Les femelles des autres mammifères ont, elles aussi, une période appelée *rut* qui est identique à la menstration. Pendant le rut, le gonflement des organes extérieurs, la sécrétion de mucosités, l'écoulement d'une sérosité sanguinolente ou, dans quelques espèces, de sang pur et surtout, à la fin de cette période, l'excitation génésique existent à des degrés divers chez toutes les femelles de la série des mammifères.

Ces phénomènes, plus ou moins sensibles d'après les espèces, indiquent le moment où les ovules de la femelle, prêts à se détacher, sont aptes à être fécondés ; ils correspondent donc à la période menstruelle chez la femme.

La périodicité de cette excitation sexuelle est très variable d'une espèce à l'autre. Je ne puis entrer ici dans des détails qui sortiraient de mon sujet. Je dirai seulement que ces phénomènes sont mensuels chez la femme, les phitéciens et la girafe.

Ils augmentent par la domesticité chez la chienne dont la fluxion extérieure est très apparente, chez la chatte qui manifeste par les miaulements et les inquiétudes l'état de son système génital. Le rut a lieu en tout temps chez la lapine à l'état domestique et la vue du mâle seule suffit pour le provoquer.

Quant à la femme, on sait que l'ovule détaché est apte à être fécondé pendant les 10 à 11 jours qui suivent sa déhiscence, mais on sait aussi que la vésicule de Graaf peut se rompre et donner issue à un ovule développé en dehors de la menstruation ou tout au moins quelques jours avant, sous l'influence des phénomènes congestifs qui précèdent l'écoulement périodique, de telle sorte que l'on peut dire que, chez la femme, il n'y a pas de période *agénésique* proprement dite, alors qu'elle est manifeste chez les autres mammifères.

Or, la possibilité de la fécondation en tout temps chez la femme existe dans toutes les races humaines et la sépare nettement des autres femelles de mammifères, à l'exception de la lapine dont nous avons déjà parlé et peut-être aussi de certaines familles de singes, si l'on s'en rapporte au tempérament libidineux de ces animaux.

A quel âge, chez la femme, se manifeste pour la première fois dans chaque race cet écoulement périodique appelé menstruation ou règles ? Ceci est une question qui est loin d'être résolue. Il semblerait à priori que les pays équatoriaux, que l'on sait prédisposer les Européennes qui les habitent aux métrorrhagies, seraient favorables au développement précoce de la puberté. Sans retirer à la latitude une certaine influence pour l'apparition précoce des règles, il s'en faut de beaucoup que cette influence prédomine et qu'elle explique la part que la race peut prendre à l'apparition plus ou moins rapide de la menstruation ; et, cependant, dans l'état actuel de la science, c'est encore là peut-être le meilleur critérium, comme nous le verrons plus loin.

Dans toutes les races, chez la femme, la puberté est d'abord annoncée par un développement particulier du bassin, des seins, par l'apparition de véritables poils sur les pubis, qui remplacent les poils follets existant précédemment. Le reste des organes externes et internes de la génération complétant leur évolution, quelques phénomènes congestifs apparaissent vers le bas-ventre et précèdent de peu de temps la première menstruation chez les sujets bien portants.

Mais l'apparition des premières règles peut être influencée par l'hérédité, ce qui n'a point de rapport avec la race ; elle peut l'être aussi par la constitution, les femmes plus robustes étant réglées plus tôt que les plus faibles; les tempéraments sanguins plus tôt que les lymphatiques, etc. Or, ces variations se retrouvent dans toutes les races.

D'un autre côté, le milieu social, l'éducation, les professions ne sont pas non plus sans influence ; ainsi, les filles des villes, bien que moins robustes que celles de la campagne, seront réglées plus tôt, en raison sans doute des excitations qui les entourent ; de même, dans les villes, les plus riches, qui sont généralement les plus oisives, qui fréquentent les théâtres, lisent des romans, vont au bal, le seront encore plus tôt que celles qui restent dans leurs familles occupées aux travaux de l'intérieur. Le travail des filles d'ouvriers dans des ateliers où les sexes sont mélangés, ou même dans des ateliers de femmes où la licence du langage est souvent très grande, la promiscuité dans les familles pauvres des grandes villes, sont encore des causes d'excitation, et, dans ces conditions sociales inférieures, on peut compter la précocité des rapports sexuels comme une cause de menstruation prématurée.

On comprend qu'au milieu de tous ces éléments divers il soit difficile de faire la part de ce qui revient à la race, ni même au climat.

Sous ce dernier rapport, le Dr Joulin a résumé en trois tableaux, basés sur un grand nombre d'observations, ce qui a trait à la menstruation. En l'absence de documents plus certains touchant la menstruation dans les races, je me bornerai à reproduire les ta-

bleaux de Joulin, en y ajoutant quelques statistiques dues à d'autres auteurs et portant plus particulièrement sur la première menstruation dans certains pays. C'est, Messieurs, dans l'état actuel de la science à ce sujet, tout ce qu'on peut vous présenter de plus complet.

1er TABLEAU

1re *apparition des règles dans les climats froids* (Joulin),

basé sur 4.713 observations.

AGE	Dr Rawu de Copenhague	Dr Frugel de Christiania	Dubois Russie Septentrionale	Dr Faye Norwège	Lunderg Esquimaux Labrador	TOTAL pour chaque âge
Ans 10	1	»	»	»	»	1
11	5	»	»	»	»	5
12	18	»	6	4	»	28
13	107	4	18	4	»	133
14	363	7	56	13	4	143
15	712	22	114	14	4	872
16	694	43	114	20	3	874
17	581	31	90	13	3	718
18	518	19	78	13	»	628
19	347	13	56	6	»	422
20	265	13	83	8	2	321
21	109	3	17	3	»	132
22	71	2	10	»	»	83
23	27	»	3	»	»	30
24	12	»	1	1	»	14
25	45	»	»	1	»	5
26	»	»	»	»	»	5
27	»	»	»	»	»	»
28	»	»	»	»	»	»
29	1	»	»	»	»	1
Totaux..	3.840	157	600	100	16	4.713

2e TABLEAU

1re *apparition des règles dans les climats tempérés* (Joulin)

basé sur 8.241 observations.

AGE	Desoyre Paris	Dubois Paris	Brière Paris	Bouchacourt Lyon	Baciborsky Paris	Marc d'Espine Marseille	Roberton Manchester	Ossiander Gottingues	Greq Londres	Léo et Murphy Londres	Dyster Madère	Tarisiane Corfou	Lebrun Varsovie	TOTAL pour chaque âge
Ans														
8	1	»	2	»	»	»	»	»	1	»	»	»	»	4
9	2	2	11	»	1	»	»	»	4	14	»	1	»	35
10	9	8	29	5	7	»	»	»	5	55	»	»	»	118
11	39	26	96	14	22	6	10	»	53	67	2	5	»	340
12	74	42	129	26	44	10	19	3	90	123	11	6	»	577
13	103	64	138	47	60	13	53	8	183	210	19	3	»	901
14	157	82	212	50	84	9	85	21	266	311	35	4	1	1.314
15	170	99	204	76	115	16	97	32	291	320	67	3	15	1.505
16	156	96	140	79	112	8	76	24	234	264	40	4	27	1.260
17	134	76	133	58	95	4	57	11	181	158	41	4	35	984
18	78	50	95	38	55	2	26	18	105	112	12	3	18	607
19	46	25	43	21	38	»	23	10	45	42	11	»	6	310
20	19	18	33	9	24	»	4	8	26	29	4	»	2	176
21	19	6	8	5	18	»	»	1	8	9	»	»	1	68
22	2	3	8	1	2	»	»	»	3	4	»	»	»	23
23	»	1	4	»	»	»	»	1	2	1	»	»	»	9
24	1	2	»	5	2	»	»	»	»	»	»	»	»	10
25	»	»	»	»	1	»	»	»	1	»	»	»	»	2
26	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»	»
Totaux	1000	600	1285	434	677	68	450	137	1498	1719	242	33	100	8.241

3e TABLEAU

1re *apparition des règles dans les climats chauds* (Joulin)

basé sur 1.724 observations.

AGE	Goodèreeta Calcutta et Bengale	Leith et Decan Bombay	Roberton Calcutta et Bengapore	Webb Bengale	Dubois Asie méridionale	TOTAL pour chaque âge	Race nègre Jamaïque Elliot, Bowel, etc.
Ans. 8	3	»	3	»	3	9	»
9	7	»	8	»	9	24	»
10	14	2	18	»	19	53	»
11	37	34	78	5	86	240	»
12	66	39	137	17	148	407	1
13	49	57	125	17	135	381	5
14	41	35	87	»	96	239	10
15	11	22	40	»	52	125	16
16	6	9	22	»	25	62	15
17	3	10	14	»	16	43	47
18	1	3	3	»	3	10	12
19	»	3	3	»	3	9	7
20	1	»	1	»	2	4	5
21	»	2	2	»	1	5	1
22	»	»	»	»	1	1	»
23	1	»	1	»	1	3	»
Totaux	239	217	540	39	600	1635	89

Dans les pays froids, sur 4,413 observations, les chiffres les plus élevés correspondent entre la 15e et la 16e année.

Dans les pays tempérés, sur 8.240 cas, on trouve le chiffre le plus haut à la 15e année.

Enfin, dans les contrées tout à fait chaudes, sous la zone torride, la menstruation correspond à la 12e année.

On voit donc qu'il y a très peu de différence entre les pays tempérés et les pays froids et, cependant, des races bien différentes d'origine habitent ces contrées. Ainsi, les races qui remplissent l'Europe centrale, y compris l'élément sémitique, qui y est très répandu, ne sont guère plus précoces, sous le rapport de la menstruation, que les races qui peuplent la Suède, la Norwège et la Russie septentrionale. La très petite différence signalée peut aussi bien être due à la civilisation plus avancée des contrées centrales qu'à la variété des climats.

Il paraît exister, au contraire, un écart plus considérable pour les climats chauds, qui semblerait indiquer une influence ethnique plus prononcée. Ce qui prouverait cette influence, c'est que les femmes nées de parents européens sous la zone torride, sont réglées pour la première fois au même âge que dans le pays originaire de leurs parents. Levacher a constaté ce fait aux Antilles et Saint-Vel à la Martinique. Roberton et Webb l'ont également constaté pour la race anglo-saxonne transportée dans les Grandes-Indes.

S'il est un fait démontré par les statistiques, c'est la précocité plus grande de la première menstruation chez les Hindoues. C'est cet élément qui forme dans le 3e des tableaux de Joulin l'appoint le plus important. Et cependant, sous la même latitude, dans nos possessions de l'Annam, de la Cochinchine et du Tonkin, le Dr Mondière a constaté que l'âge moyen de la première menstruation était au-delà de 16 ans !

On serait donc fondé, jusqu'à un certain point, comme l'a fait le Dr Corre, à faire intervenir la sociologie comme un élément important dans l'apparition des premières règles. Ainsi, les filles d'Européens élevées dans les pays chauds y vivent avec leurs pa-

rents comme si elles étaient en Europe, et la première apparition des règles ne change pas.

Les filles Hindoues, au contraire, sont mariées dès l'enfance ; cette enfance s'écoule souvent dans les temples de Bouddha où les exemples et les tableaux licencieux ne sont pas rares ; si quelques maris respectent leurs femmes jusqu'à la puberté, cette époque n'en est pas moins avancée par la cohabitation des deux sexes ou les excitations inévitables du gynécée ; dans ces conditions où se trouve la jeune épouse, les règles apparaissent trois ans plus tôt que chez les Européennes habitant le même climat.

D'un autre côté, dans l'Indo-Chine, où, par suite du relâchement des mœurs, les relations sexuelles sont aussi prématurées, le même effet ne se fait pas sentir, et les premières règles apparaissent quatre années plus tôt chez les Hindoues que chez les Annamites !

Est-ce là seulement une question de religion ou d'état social ? Il est difficile de se prononcer.

N'oublions pas que ces deux peuples n'ont pas la même origine. Les Hindoues sont des Aryennes descendant des hauts plateaux de l'Asie; elles se rapprocheraient donc par plusieurs points de nos femmes européennes, malgré la différence dans la première menstruation. Quant aux femmes de l'Indo-Chine, elles appartiennent à la race jaune, et c'est peut-être pour cela qu'elles sont réglées tardivement malgré leur inconduite.

Voyons donc ce qui se passe à ce sujet chez la Chinoise, qui paraît être le type de la race jaune.

D'après Morache, la Chinoise tiendrait le milieu entre l'Annamite et l'Hindoue. La menstruation s'établit ordinairement chez elle entre 13 ou 14 ans. Mais le vaste empire de la Chine contient plusieurs races. Les Mongoles du Nord sont réglées environ vers 13 ans, comme les Mongoles de la Sibérie dont elles descendent (Virey), tandis que les Chinoises habitant plus au sud et appartenant réellement à la race jaune ne sont pas réglées avant 16 ans 1/2 (106 obs. de Mondière). Voilà, il me semble, de quoi expliquer la différence des statistiques.

Les trois tableaux suivants indiquent l'âge de la 1re menstruation chez les Hindoues, chez les Annamites et l'âge moyen des premiers rapprochements sexuels chez ces derniers, celui des Hindoues étant connu.

Première apparition des règles chez les Hindoues.

1.035 Observations.

Age....................	8 ans	Nombre de cas par âge....	6
	9 »	»	15
»	10 »	»	34
»	11 »	»	154
»	12 »	»	259
»	13 »	»	246
»	14 »	»	163
»	15 »	»	73
»	16 »	»	37
»	17 »	»	27
»	18 »	»	7
»	19 »	»	6
»	20 »	»	2
»	21 »	»	4
»	22 »	»	»
»	23 »	»	2

Moyenne 12 à 13 ans.

Première apparition des règles chez les Annamites

920 Observations (Dr Mondière).

Age....	12 ans	Nombre de cas par âge....	1
»	13	»	10
»	14	»	86
»	15	»	216
»	16	»	211
»	17	»	214
»	18	»	100
»	19	»	40
»	20	»	24
»	21	»	6
»	22	»	5
»	23	»	1
»	24	»	3
»	25	»	3

Moyenne: 16 ans 4 mois.

Chez la métisse de Chinois et d'Annamite, sur 62 cas, M. Mondière a trouvé une moyenne de 16 ans 9 mois. (On sait que les Chinoises du Sud ne sont pas réglées avant 16 ans 6 mois). Voir plus haut.

Enfin, les Cambodgiennes seraient réglées pour la première fois à 16 ans 10 mois.

(Dr Mondière. 96 Observations).

Age des premiers rapprochements sexuels chez les Annamites.
234 Observations (Dr Mondière).

Age	12 ans	Filles	19
»	13	»	45
»	14	»	57
»	15	»	77
»	16	»	29
»	17	»	7
			234

Soit 121 avant 15 ans, 113 après 15 ans, toutes avant le mariage!

A cette première chute correspond le laquage des dents qui, précédemment, ne se faisait qu'à la première menstruation.

De Rochebrune, qui, comme nous l'avons dit, s'est occupé plus particulièrement de ce qui regarde la côte occidentale d'Afrique, nous apprend que chez les Ouoloves, la première menstruation se fait généralement entre 11 et 12 ans. C'est l'âge auquel les jeunes filles commencent à se vêtir, si on appelle le *pendale* un vêtement.

Toujours est-il que le port de cet ornement coïncide avec l'apparition des poils au pubis, ce qui ne veut pas dire pourtant que ce soit là le moment des premières règles. Moras, cité par le Dr Corre, a même avancé que les femmes n'étaient nubiles au Sénégal, malgré la chaleur du climat, qu'à 17 ou 18 ans. Or, la menstruation qui est la confirmation de la puberté, devance toujours la nubilité, c'est-à-dire cet état où la femme est véritablement assez développée physiquement et moralement pour devenir mère; donc, si la nubilité a lieu en moyenne à 18 ans, la puberté, complétée par les règles doit avoir lieu à peu près à la même époque que chez la blanche. D'autres observateurs ont confirmé ces faits pour des négresses d'autres pays. (Voir 3e tabl. de Joulin ci-dessus. *Race nègre de la Jamaïque.*)

Enfin, on a essayé, pour donner à la sociologie une portée plus

grande dans l'apparition des premières règles, de comparer les catholiques et les juives habitant les pays slaves (Lebrun) et on est arrivé à constater une précocité plus grande chez les juives. Le même travail a été fait pour les Arabes musulmans, chez lesquels les mœurs sont favorables à la liberté des sens chez la femme; le résultat a été le même. Il est vrai que Juifs et Arabes appartiennent à la race sémitique. Mais, parmi les Hindoues restées fidèles à la loi pure de Zoroastre (Iraniennes), la menstruation est plus tardive.

PAYS SLAVES

Première menstruation sur 100 *femmes* (Lebrun).

à 13 ans	Catholiques :	1	à 13 ans	Juives :	12
14	—	15	14	—	14
15	—	27	15	—	20
16	—	35	16	—	33
17	—	13	17	—	14
18	—	6	18	—	3
19	—	2	19	—	3
20	—	1	20	—	1

D'après tout ce que je viens de vous dire, Messieurs, il faut avouer qu'il est fort difficile de distinguer dans les statistiques de la menstruation, la part qui revient à la race. Des influences variées et souvent contraires peuvent en fausser les résultats.

En définitive, je crois que, dans l'état actuel de la science, l'influence climatérique est celle qui se fait le plus sentir et qu'il faut, jusqu'à nouveaux renseignements, admettre avec Joulin cette influence en la réduisant à deux catégories :

1° Zone froide et tempérée ;

2° Zone torride.

Il est bon, toutefois, de tenir compte des influences sociales dans chaque peuple, et des influences hygiéniques et professionnelles pour chaque individu.

(A suivre.)

CLINIQUE DE MONTEVIDEO. M. FORT.

Corps fibreux de l'utérus. — Hystérotomie.

TRAITEMENT EXTRA-PÉRITONÉAL DU PÉDICULE. — GUÉRISON.

Francisca M., 36 ans, consulte M. Fort pour une tumeur abdominale qui lui rend la vie insupportable par des douleurs incessantes, et par des hémorrhagies répétées et abondantes.

La malade souffre depuis dix ans, elle paraît beaucoup plus âgée qu'elle ne l'est réellement. Son ventre a augmenté insensiblement, et aujourd'hui il est gros comme celui d'une femme au 6e mois de la grossesse.

L'état général est passable. La malade est anémique ; elle a la langue saburrale, symptôme d'une légère dyspepsie gastrique.

La tumeur est ronde et roule sous la paroi abdominale. Elle se déplace lorsque la malade se couche sur le côté. La dureté de la tumeur et le caractère précédent font penser à un corps fibreux utérin de forme régulière. Cependant, dans la région de la fosse iliaque gauche, il existe une petite tumeur supplémentaire de la grosseur d'une noix, petite tumeur fibreuse annexe de la tumeur principale.

Le toucher rectal n'apprend rien.

La vessie se remplit suffisamment et la malade n'urine pas plus de cinq fois par jour. La nuit, elle n'urine pas.

La sonde introduite dans la vessie ne peut remonter du côté du pubis, elle passe en arrière et en bas du côté du col utérin.

Par le toucher vaginal, on constate que la paroi supérieure du vagin est légèrement abaissée par une tumeur dure presque immobile.

Le col utérin a sa situation normale. Le spéculum ne se découvre qu'avec difficulté à cause de la tumeur qui déprime la paroi supérieure du vagin. Au toucher et au spéculum, le col paraît normal. L'hystérotome et une sonde en gutta-percha pénètrent justement à une profondeur de six centimètres. Le doigt constate une

certaine mobilité du col ; en soulevant le col avec le doigt on ne communique aucun mouvement à la tumeur abdominale.

Les douleurs sont continues et les hémorrhagies, très abondantes, se montrent à l'époque menstruelle sous forme de ménorrhagies.

M. Fort porte le diagnostic de *corps fibreux de l'utérus*. En raison de la mobilité de la tumeur et de son déplacement dans le décubitus latéral, en raison de la pénétration de l'hystéromètre à une profondeur de six centimètres, il était permis de croire qu'il s'agissait d'une tumeur fibreuse, d'un myome sous-péritonéal, ou tout au moins d'un myome enchâssé dans l'épaisseur de la paroi du fond de l'utérus.

La malade exigea l'opération qui fut pratiquée le vendredi 29 février, par M. Fort, dans la maison du député Félix Martinez, avec l'aide du Dr Angel Brian, auteur d'un excellent travail sur les laparotomies faites dans la République de l'Uruguay, et des Drs Vidal, Rappaz, Pimentel, Cebrian et Vila.

L'opération fut faite huit jours après l'hémorrhagie mensuelle. La malade fut chloroformisée et l'opérateur, assis, se plaça entre ses jambes.

La paroi abdominale fut incisée depuis le pubis jusqu'à deux centimètres au-dessus de l'ombilic. Une tumeur lisse et arrondie se montre aussitôt. Elle était dépourvue d'adhérences. Après quelques efforts de traction, la tumeur sortit, et il fut facile de constater qu'elle était formée par le corps de l'utérus hypertrophié. Les deux ovaires, augmentés de volume, pendaient sur les côtés et l'on voyait en avant et à gauche un petit corps fibreux pédiculé. Le pédicule de la tumeur fut serré préalablement avec un fil de cuivre rouge au moyen du serre-nœud de Kœberlé, puis deux broches d'acier furent passées en croix au-dessus.

Un gros fil de catgut serra la tumeur au niveau des broches, et la tumeur fut sectionnée. Un autre fil fut alors placé sur le pédicule, ce qui permit d'enlever la partie restante de la tumeur jusqu'au pédicule. Deux petites broches traversèrent en croix le pédicule pour empêcher sa rétraction ; de plus, le pédicule fut lié en quatre parties, par quatre fils de catgut placés en croix.

On constata qu'il restait une petite cavité à la partie inférieure de l'utérus, cavité qui avait permis l'introduction de l'hystéromètre et qui pouvait laisser croire à une cavité normale. La tumeur se terminait en bas, dans la cavité utérine, par un gros mamelon.

Pendant l'opération le Dr Angel Brian a lutté efficacement contre l'issue des intestins.

Pansement antiseptique. Un tube de caoutchouc conduit l'urine de la vessie dans une bouteille placée sous le lit.

Le soir, T. 38°. P. 90. Eau par cuillerées. Ni vomissements, ni fièvre. Une pilule d'extrait thébaïque de 0,04 centigr.

1er mars. T. 39°. P. 124. La fièvre dure quelques heures. Un peu de délire. Ext. thébaïque, 0,04.

2 » T. 38°. P. 108. La malade présente un peu de prostration. Bouillon. Extrait théb.

3 » T. 37°. P. 96. La malade est bien. Bouillon. Extrait théb. Potion de Todd.

4 » T. 37° P. 80. Le mieux continue. Bouillon. Extrait théb. Potion de Todd.

5 » T. 37°. P. 80. Le mieux continue. Bouillon. Extrait théb. Potion de Todd.

6 » T. 37°4. P. 92. Le mieux continue. Bouillon. Extrait théb. Potion de Todd.

7 » T. 37°. P. 80. Le mieux continue. Bouillon. Extrait théb. Potion de Todd.

8 » T. 37°5. P. 96. Le mieux continue. Bouillon. Potage.

9 » T. 37°. P. 80. Le mieux continue. Bouillon. Potage.

10 » T. 37°. P. 80. Le mieux continue. Bouillon. Quelques aliments solides.

11 » T. 37°. P. 80. Le mieux continue. Bouilon. Quelques aliments solides.

12 » T. 37°. P. 80. Le mieux continue. Bouillon. Quelques aliments solides.

13 » T. 37°. P. 80. Jusqu'à ce jour, on a pansé la malade deux fois par jour.

14 mars T. 37°. P. 80. Le pédicule tombe avec les liens. Un seul pansement.
15 » T. 37°. P. 80. La malade se lève. Lavement. Elle n'a pas eu une selle depuis l'opération.
16 » T. 37°. P. 80. Elle se promène dans la maison.
17 « T. 37°. P. 80. L'ouverture se resserre de plus en plus.
18 » T. 37°. P. 80. La malade se panse elle-même. Demain elle fera une promenade.

Aujourd'hui, 12 mai, elle travaille et ne se plaint de rien. Elle engraisse énormément.

REVUE DE GYNÉCOLOGIE

De l'énucléation des myomes utérins, par M. le Dr Richelot. — Des résultats obtenus par la méthode de Lister dans le traitement des affections puerpérales, par M. le Dr Chambrelent. — Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, du même auteur.

M. le Docteur Richelot, chirurgien des hôpitaux, dans une intéressante leçon sur l'énucléation des myomes utérins, a rappelé les différentes situations qu'occupent les corps fibreux et passé rapidement sur ceux qui prennent naissance sous la muqueuse utérine, *myomes sous-muqueux*, qui généralement grossissent dans la cavité, se pédiculisent et sont passibles de l'énucléation, soit avec les ciseaux, la chaîne de l'écraseur, le serre-nœud ou l'anse galvanique ; sur ceux qui sont situés sous la séreuse abdominale, *myomes sous-péritonéaux*, inaccessibles, ou qui donnent lieu à l'hystérotomie, puis il arrive aux myomes qui se développent dans l'épaisseur même de la paroi musculaire de l'utérus, myomes interstitiels qui n'ont jamais tendance à se pédiculiser et à s'énucléer d'eux-mêmes. Il distingue, parmi ces derniers, les myomes du col, limités à une des lèvres, le plus souvent la postérieure, qui, faisant saillie dans le vagin, sont durs et peu adhérents à la loge musculaire qui les recouvre. Le plus grand danger qu'ils présentent est la difficulté qu'ils apportent, dans l'accouchement, à la sortie de l'enfant. Quand ils sont modérément développés, ils sont parfaitement énucléables.

Mais il existe une espèce de myome du col qui se continue jusque dans la paroi utérine. Dans ce cas, la question devient plus grave, car, après avoir enlevé la partie accessible, celle qui proémine dans le vagin, il faut ensuite extraire, par une énucléation secondaire, celle qui se trouve dans l'épaisseur de la paroi du corps ; on retombe alors dans l'opération de l'énucléation des myomes interstitiels du corps de l'utérus.

Comme le tissu de ces corps fibreux est dense et qu'ils contractent des adhérences peu intimes avec leur loge musculaire, l'énucléation en avait paru possible à Velpeau. Amussat tenta le premier, en 1840, cette opération qui consistait à ouvrir la loge de la tumeur, à la saisir avec des pinces à griffes et à l'extraire. Il eut des succès, mais aussi des mécomptes, qui éloignèrent peu à peu les chirurgiens de cette opération, surtout après les thèses de concours des professeurs Jarjavay et Guyon.

Bien que les chirurgiens étrangers, Baker Brown, Attler, Marion Sims aient préconisé cette opération et cherché à en répandre de plus en plus l'usage, en France, nos chirurgiens l'ont, sinon condamnée, du moins très limitée.

M. Richelot se pose cette question : Convient-il d'adopter cette opération pour tous les cas de myomes interstitiels ou doit-on la rejeter sans examen ?

Il déclare qu'il est d'avis qu'il faut examiner les avantages que peut offrir l'opération d'Amussat, suivant les cas, et que, lorsque les progrès rapides du mal menacent, à courte échéance, la vie de la malade, il est permis de recourir à l'énucléation, devenue plus rationnelle et moins dangereuse depuis la découverte de la méthode antiseptique.

Partant de ce principe, M. le Docteur Richelot a pratiqué, au mois de septembre dernier, l'énucléation d'un corps fibreux chez une dame qui présentait, depuis douze ans, les symptômes de cette affection et des métrorrhagies abondantes, et à laquelle le professeur Depaul avait déclaré que la tumeur était située trop profondément et que l'opération n'était pas possible.

Lorsque cette personne lui fut amenée, l'anémie avait fait de rapides progrès ; le traitement palliatif, injections d'ergotine, injections d'eau chaude, etc., n'avaient apporté aucune amélioration et il était évident que, dans ces conditions, la vie de la malade était menacée à bref délai. Le Dr Richelot trouva, par le toucher,

une masse volumineuse occupant la lèvre postérieure du col utérin et se prolongeant jusque dans la paroi de la matrice. Le volume qu'avait acquis cet organe qui faisait saillie au-dessus du pubis permettait d'apprécier les dimensions de la tumeur et la difficulté de l'opération.

Malgré tout cela, jugeant qu'une intervention chirurgicale avait seule quelque chance de sauver la malade, M. Richelot n'hésita pas à pratiquer l'énucléation du myome.

Le dimanche 23 septembre, après avoir fait administrer, la veille et le matin même, dans le but de décongestionner les tissus et de prévenir l'hémorrhagie opératoire, des injections d'eau chaude, dont il eut fort à se louer et qu'il recommande en pareille circonstance, il se mit en devoir d'opérer, avec l'assistance de MM. les Docteurs Bar, accoucheur des hôpitaux, Defontaine et Barthélemy, ce dernier médecin de la malade qui avait appelé M. Richelot en consultation.

Ici nous laissons la parole à l'opérateur pour les principaux détails de l'opération :

« A l'aide d'un bistouri conduit dans le vagin sur l'index de la main gauche, j'incise en croix, superficiellement et sans rien voir, la masse arrondie qui se présente ; puis j'abandonne l'instrument tranchant, et, avec l'ongle, je cherche à séparer de la tumeur la mince couche de tissu qui la recouvre. Aussitôt je constate son adhérence intime à la loge où elle est contenue, et c'est à grand'peine que je mets à nu une partie de sa surface antérieure. Au bout de quelque temps, mon doigt pénètre dans le tissu morbide, et un second fait m'apparaît : la friabilité du myome en certains points. Désormais obligé de lutter contre les deux principales difficultés de ce genre d'opération, adhérence et friabilité, je prends le parti de morceler la tumeur pour l'extraire en détail. Les doigts, les ciseaux courbes, une longue spatule emmanchée me servent à rompre lentement les tractus fibreux ; chaque fragment détaché est tiré dehors avec les doigts, les pinces de Museux ou les pinces de Guyon ; mais ces dernières ne m'ont pas rendu service comme si le myome avait pu être saisi en masse. Plus j'avance, plus je vois que toute la paroi postérieure de l'utérus est remplie, et qu'il faudra pénétrer jusqu'au fond de l'organe. J'introduis la main tout entière, tantôt la droite pour rompre des liens fibreux et saisir des fragments, tantôt la gauche

pour guider l'instrument qui me sert d'énucléateur, et que je ne veux pas plonger aveuglément dans cette cavité profonde, au risque de perforer l'utérus et d'ouvrir le péritoine. Chemin faisant, j'ai parfaitement conscience de laisser, en plusieurs points, une couche de tissu morbide tapissant la paroi ; mais j'aime mieux passer outre que d'arracher avec violence. Enfin, j'arrive à dépasser l'extrémité supérieure du myome, et, l'accrochant avec les doigts, comme j'aurais saisi les pieds dans une version, j'attire au dehors le dernier fragment. La main placée sur l'abdomen, ne sent plus trace de tumeur à l'hypogastre. Une large irrigation phéniquée termine l'opération, qui a duré deux heures vingt minutes.

Quelle était, à ce moment, la situation ? Nous avions affaire à une cavité intra-pariétale contenant des débris adhérents, et qui pouvait être comparée à la cavité utérine elle-même, dans un cas de rétention placentaire. Les débris se mortifieraient et seraient bien vite une cause d'infection ; il fallait à tout prix en prévenir la décomposition putride et en favoriser l'élimination. D'un commun accord, il fut décidé que nous imiterions la conduite des accoucheurs, qui maintenant conjurent si heureusement les accidents de la rétention placentaire à l'aide des injections intra-utérines de liquides antiseptiques, et, en particulier, de sublimé corrosif. Tout fut organisé pour atteindre ce but ; une sage-femme expérimentée fut placée auprès de la malade, et toutes les deux heures fit passer dans la plaie utérine trois et quatre litres d'une solution tiède de sublimé au millième. Compresses vulvaires trempées dans l'acide phénique, propreté minutieuse, tout fut mis en œuvre pour venir en aide aux irrigations et compléter l'antisepsie. »

Sauf un peu de gingivite mercurielle causée par le sublimé qu'on remplaça immédiatement par l'acide phénique, tout marcha bien jusqu'au 20 octobre. A ce moment, sans doute, à la suite d'un peu de fatigue causée par suite des visites, la malade fut prise de frissons, de malaise ; elle eut de l'agitation ; le pouls s'accéléra et la température s'éleva. Il y eut même, dans la soirée, des vomissements. Tout cela indiquait un peu de résorption de la plaie utérine. Il n'y avait pas cependant de douleurs, ni au toucher, ni à la palpation de l'abdomen. On administre le sulfate de quinine et on revient au sublimé. Le 6 octobre, M. le Professeur Verneuil, appelé en consultation, craignait l'infection purulente.

A partir du lendemain, commença une période d'amélioration progressive. Le sulfate de quinine fut administré pendant longtemps encore, à doses progressivement décroissantes. On fut obligé de nouveau de renoncer au sublimé pour l'acide phénique, d'abord au 50^{me} puis au 100^{me}, et enfin, tout danger ayant disparu, on termina par l'acide borique à 3/100. L'eau des irrigations qui, dedepuis la période d'aggravation revenait chargée de pus et de détribus mortifiés et quelquefois de caillots sanguins, redevint peu à peu claire.

Pendant le mois d'octobre, la situation s'améliora graduellement ; on diminait peu à peu le nombre des injections et on sentait la plaie utérine se rétracter. Le 2 décembre, la malade se leva pour la première fois. L'appétit était bon, ainsi que le sommeil. La lèvre postérieure, complètement cicatrisée, se présentait sous la forme d'une surface convexe portant une dépression cruciale profonde. L'orifice du col était parfaitement distinct. Les règles se montrèrent le lendemain et, depuis, la guérison est complète.

Voilà une opération qui fait honneur à l'habileté chirurgicale bien connue du Dr Richelot, à sa sûreté de diagnostic et surtout au tact avec lequel il a su saisir l'opportunité de l'opération et en apprécier les chances de succès.

Mais, comme il le dit lui-même, et avec juste raison, tous les myomes utérins ne sont pas susceptibles d'être énucléés. Il est des cas dans lesquels leur volume, leur situation rendent l'opération sinon impossible, du moins tellement dangereuse que le chirurgien, à moins de s'exposer à être accusé de témérité, doit s'abstenir.

Dans ce cas-là, que devient la pauvre malade ? que lui reste-t-il à faire en dehors des injections sous-cutanées d'ergotine, des injections vaginales chaudes, des applications de pommades résolutives, etc., moyens, la plupart du temps, inefficaces ou tout au moins d'une efficacité très limitée ?

Qu'il nous soit permis de regretter que la thérapeutique reste presque toujours muette au sujet des applications des intermittences rythmées du courant continu dans le traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus.

Ces applications ont cependant donné et donnent tous les jours des résultats remarquables. Grâce à elles, en un temps relative-

ment court, souvent après quelques séances, on observe la diminution du volume de la tumeur et surtout, point capital, on obtient l'arrêt des hémorrhagies qui mettent la vie de la malade en péril.

Ce qui a pu éloigner de ce genre de traitement, peut-être le faire mal juger et rendre méfiant à son égard, c'est que l'application en a été mal faite, ou, pour mieux dire, en a été faussée. Certains médecins, ne s'étant pas rendu compte de l'action toute spéciale de l'intermittence du courant continu, n'ont vu qu'une chose, l'action de l'électricité et ont appliqué et voulu préconiser le courant continu pur et simple. Or, le courant continu augmentant la circulation dans les organes auxquels il est appliqué, et les phénomènes de nutrition étant intimement liés au phénomènes de la circulation, il a donc pour résultat de produire l'hypertrophie et non l'atrophie des myomes utérins et de favoriser le développement des hémorrhagies utérines. C'est à cette propriété du courant continu que sont dus les insuccès du traitement électrique appliqué aux fibro-myomes.

Les intermittences du courant continu ont une action tout opposée, car l'excitation qu'elles produisent sur les fibres lisses, rétrécissant le calibre des vaisseaux, diminue l'afflux du sang et de la lymphe, et devient une cause de dénutrition. Les hémorrhagies diminuent, puis peu à peu s'arrêtent, et la tumeur, subissant l'effet de la dénutrition tombe en dégénérescence et s'atrophie.

A l'action produite par le choc, résultant de l'intermittence du courant continu sur l'utérus et le fibrôme, s'ajoute la contraction des parois abdominales et des muscles du bassin. Il se fait une sorte de massage qui a pour effet la décongestion de l'organe, l'expression du sang et de la lymphe et la destruction progressive des adhérences que la tumeur a pu contracter avec les organes voisins, autant de choses qui favorisent puissamment l'arrêt des hémorrhagies et la diminution de volume de la tumeur.

Depuis que le Dr Chéron a créé ce mode d'application de l'électricité au traitement des tumeurs fibreuses de l'utérus, nous avons eu, tant dans la clientèle privée que dans le traitement des malades à la clinique, des résultats qui, s'ils étaient bien connus, sont de nature à encourager MM. les chirurgiens à traiter par l'intermittence du courant continu les myomes utérins que leur situation, l'état de la malade ou d'autres conditions rendent impossibles à énucléer.

Au moment où les théories microbiennes inaugurées par M. Pasteur tendent à occuper une place de plus en plus importante en médecine et où, par conséquent, l'antisepsie qui lui est naturellement liée reçoit une application de plus en plus générale, nous devons constater avec plaisir les efforts des médecins qui traitent ces sujets et cherchent à éclairer de quelque lumière nouvelle cette question si intéressante.

Dans un mémoire couronné par la Société de Médecine et de Chirurgie de Bordeaux, monsieur le Docteur Chambrelent a exposé les *Résultats obtenus par la méthode de Lister dans le traitement des affections puerpérales*. Ce sujet était imposé par la Société pour l'obtention du prix Jean Dubreuilh. M. le Dr Chambrelent, ayant été, pendant son internat dans les hôpitaux de Bordeaux, attaché aux services de la clinique obstétricale et de la Maternité, avait été à même d'assister à plusieurs épidémies de fièvre puerpérale et d'en constater les redoutables effets ; aussi a-t-il voulu faire de ce travail une œuvre sérieuse et complète, une œuvre de valeur résumant toutes les connaissances actuelles sur la question.

Il y a pleinement réussi.

Après avoir défini la méthode de Lister, basée sur l'existence dans l'atmosphère de germes, M. Chambrelent identifie l'accouchée à une malade qui vient de subir une opération chirurgicale et il compare, avec juste raison, la surface interne de l'utérus, après la chute du placenta, à une vaste plaie, tout aussi accessible aux microbes que les plaies chirurgicales.

Dans le chapitre suivant il fait l'historique de la pathogénie de la fièvre puerpérale, décrit le rôle des organismes inférieurs dans le développement des maladies infectieuses en général, rôle démontré pour la première fois, par Royer et Davaine, en 1851, dans le sang d'animaux morts du charbon et affirmé depuis, grâce aux magnifiques travaux de M. Pasteur. Ayant appliqué les mêmes procédés de démonstration aux affections puerpérales, on découvrit qu'elles étaient également dues au développement de germes, ce qui expliquait leur nature contagieuse.

L'existence des germes contages reconnue, il n'y avait plus qu'à appliquer la méthode de Lister aux accouchées, tout comme aux opérées.

M. Chambrelent nous montre ce qu'était autrefois la mortalité

des accouchées dans les hôpitaux, les modifications heureuses apportées dans cette mortalité considérable par l'isolement des accouchées, l'établissement dans le service de M. Siredey, à Lariboisière, de la méthode antiseptique, créée par Lister, après les découvertes de Pasteur sur les ferments et sur la septicémie, dans les services, à la Maternité de Cochin, par MM. Polaillon et Lucas-Championnière. Il entre dans les plus grands détails sur l'application de la méthode antiseptique, dans les hôpitaux, sur la diminution de la mortalité rapportée par des tableaux dressés dans les divers services. Il nous fait assister aux résultats obtenus, en ville, chez les sages-femmes de l'assistance publique et à l'étranger, par l'application de la méthode de Lister.

Le dernier chapitre est un chapitre de pratique dans lequel l'auteur indique la conduite à tenir dans les cas de fièvre puerpérale, dans les cas d'infection puerpérale légère, et enfin dans ceux d'opérations obstétricales.

Dans les cas de fièvre puerpérale, il ne veut pas que le traitement se borne aux lavages, aux injections vaginales ou utérines. Il faut, selon lui, réveiller les contractions utérines, afin d'empêcher la pénétration des germes par l'orifice béant des vaisseaux utérins, et, pour cela, employer le seigle ergoté, puis, pour empêcher les germes de se multiplier, employer le sulfate de quinine à haute dose.

Ce mémoire, pour lequel M. Chambrelent n'a négligé aucun moyen d'étude, pour lequel il a visité de nombreuses maternités et cliniques obstétricales, en France et à l'étranger, se mettant en relation avec les créateurs des méthodes antiseptiques et les propagateurs de ces méthodes, est un travail de valeur, absolument utile, non seulement aux spécialistes dans l'art obstétrical, mais encore et surtout aux médecins appelés tous les jours, dans leur clientèle, à pratiquer des accouchements faciles au point de vue de l'acte opératoire, mais qui peuvent se compliquer de la façon la plus désastreuse, si toutes les précautions antiseptiques ne sont pas prises avec la plus minutieuse exactitude.

M. le Docteur Chambrelent a déjà publié, en 1882, des *Recherches sur le passage des éléments figurés à travers le placenta, suivies de considérations sur la variole fœtale et la vaccination congénitale.*

Dans ce mémoire, il constate, grâce à des expériences faites dans le laboratoire de médecine expérimentale de la faculté de Bordeaux, sous la direction de MM. Joly et Lagrollet, que, d'accord avec les expériences de Brauell, en 1857, de Davaine en 1865, de MM. Straus et Chamberland, les bactéridies charbonneuses ne traversent pas le placenta, tandis que les bactéries du charbon symptomatique, c'est-à-dire du charbon qui sévit sur les bœufs et les moutons, dans certaines régions de la France, traversent le placenta et se retrouvent dans le sang du fœtus ; d'où il tire cette conclusion si importante que, si une femme était atteinte pendant sa grossesse de flèvre charbonneuse, son fœtus, étant à l'abri de la contagion, l'accoucheur doit attendre que l'accouchement se termine naturellement. Si la mère venait à succomber, il faudrait sans hésitation faire l'opération césarienne. Toute la question serait d'empêcher l'enfant d'être contaminé au passage. Tandis que, si la mère est atteinte du charbon symptomatique, on devra hâter le terme de l'accouchement, l'enfant pouvant gagner l'affection de sa mère, et, dans le cas ou elle succomberait, l'opération césarienne serait inutile.

Il a également reconnu, par de nombreuses expériences sur des lapines, que les microbes du choléra des poules traversent le placenta. Il en conclut que le passage, de la mère à l'enfant, des éléments figurés très petits n'est plus douteux aujourd'hui.

Par le même mécanisme, il explique l'existence des cas de variole fœtale et comment il se fait qu'un fœtus né d'une mère ayant eu pendant sa grossesse la variole peut présenter à sa naissance l'immunité vaccinale.

Il est vrai que, dans certains cas, la vaccination réussit chez des enfants dont les mères ont eu la variole pendant leur grossesse ; il en conclut, dans ce cas, que le microbe a trouvé dans le sang du fœtus un milieu de culture défavorable qui rend l'enfant indemne de la maladie.

Dans son dernier chapitre, *Considérations sur la vaccination congénitale*, il démontre que l'immunité du fœtus peut exister sans qu'il y ait passage des éléments dans son sang et qu'elle peut résulter d'une vaccination de la mère antérieure à la conception. Cette vaccination ne confère pas toujours une immunité absolue, elle peut simplement diminuer l'aptitude du fœtus. Comme contre-partie, il cite le fait d'un enfant vacciné dont les

pustules avaient présenté un développement considérable et dont la mère, informations prises, n'avait pas été vaccinée. Ce défaut de vaccination de la mère avait donc augmenté l'aptitude de l'enfant au vaccin.

Il est à désirer que ces études, qui ont apporté un jour nouveau à la question de l'immunité vaccinale, soient poursuivies dans l'avenir par M. Chambrelent qui aborde la pratique médicale avec un bagage scientifique déjà fort respectable.

Dr R. F.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 4 juin 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

M. Jules Bœckel (de Strasbourg), membre correspondant, communique une observation intitulée : extirpation totale d'un utérus cancéreux par le vagin ; fistule de l'uretère gauche consécutive ; néphrectomie ; guérison ; récidive au bout de sept mois.

Le sujet de cette observation est une femme de 41 ans qui entra le 16 octobre à l'hôpital civil de Strasbourg dans le service de M. Bœckel. Pas d'antécédents morbides ; un seul accouchement, il y a environ vingt ans ; menstruation régulière. Les premiers symptômes du carcinome du col utérin dont elle est atteinte ne remontent pas à plus de trois mois et ont été marqués par des douleurs lombaires extrêmement violentes ; la malade dit n'avoir jamais eu d'écoulement ni d'hémorrhagies. Le toucher vaginal révèle un col déchiqueté, bourgeonnant, triple de volume, un véritable chou-fleur encore résistant, au centre duquel on sent nettement l'orifice utérin, qui donne l'impression d'une ulcération cratériforme (?), la base de la portion vaginale présente une induration considérable. Les culs-de-sac sont libres partout et faciles à explorer avec le doigt, sauf à gauche où existe un certain degré d'induration. Paramètres libres, utérus mobile. La malade est dans un état de santé apparent très satisfaisant ; son teint est coloré, elle a un certain embonpoint ;

à la voir, rien ne pourrait faire soupçonner la présence d'un carcinome de la matrice.

Sur ces apparences favorables M. Bœckel lui propose l'hystérectomie vaginale qu'elle accepte sans hésitation et qui est fixée au 26.

La malade a été purgée la veille ; le soir, elle prend une pilule d'opium de 5 centigrammes ; le jour de l'opération, on lui administre un lavement purgatif.

L'opération est pratiquée, après chloroformisation, sous le spray phéniqué. Une injection phéniquée vaginale a été préalablement faite et les organes génitaux rasés et désinfectés avec soin. Un spéculum de Sims est introduit dans le vagin, puis, le col de l'utérus étant saisi avec une pince de Museux, M. Bœckel attire l'organe tout entier aussi bas que possible. Cet abaissement est relativement aisé, si bien que, le spéculum enlevé, on peut faire saillir le col au dehors sur une longueur de 2 centimètres et demi ; il est maintenu dans cette position par un aide. On pratique alors sur le cul-de-sac postérieur une incision transversale en ayant soin de ne pas s'éloigner de l'utérus, et l'on pénètre à travers l'espace de Douglas dans la cavité péritonéale. On incise ensuite le cul-de-sac antérieur et l'on décolle facilement, à l'aide du manche du scalpel, le tissu cellulaire qui sépare la vessie de la matrice. Une sonde introduite dans la vessie sert de guide pendant cette dissection et empêche tout traumatisme du réservoir urinaire. L'utérus libéré en avant et en arrière n'est plus maintenu que par les ligaments larges ; aussi son abaissement est-il, à partir de ce moment, de plus en plus facile.

Introduisant deux doigts dans l'espace de Douglas pour saisir le fond de la matrice, M. Bœckel arrive, en faisant concurremment une traction sur le col, à faire saillir à la vulve le ligament large du côté droit. Il y place une ligature en masse, à un centimètre et demi de l'utérus, à l'aide d'une aiguille courbe armée d'un fort fil de soie phéniquée ; il applique une pince hémostatique sur le bout central, puis sectionne les tissus compris entre ces deux points. Cette manœuvre n'offre pas la moindre difficulté ; pour plus de sûreté, M. Bœckel jette une ligature isolée de soie phéniquée sur la trompe. L'hémorrhagie a été nulle. Du côté gauche, la ligature du ligament large est plus difficile ;

la matrice, bien que n'étant plus retenue que par un seul ligament, ne peut être abaissée comme à droite ; M. Bœckel arrive, après quelques efforts, à jeter une double ligature sur le ligament large, mais ne peut opérer à ciel ouvert comme précédemment ; il sectionne entre les deux ligatures. L'utérus étant dès lors dégagé dans sa totalité est complètement détaché. Le corps de la matrice, au voisinage de l'insertion des annexes, est mou, friable, atteint de dégénération carcinomateuse ; les tractions qu'on a exercées sur l'organe l'ont entamé à ce niveau et produit une perte de substance de la grandeur d'une pièce de vingt centimes.

Après l'ablation de l'utérus, quelques anses intestinales viennent faire hernie à travers l'ouverture péritonéale ; on les réduit facilement et l'on n'a plus à s'en occuper.

Portant l'index dans l'angle gauche de la plaie, M. Bœckel constate que le tissu péri-utérin est à ce niveau fortement engorgé ; il arrive un peu plus haut à une traînée lymphatique infiltrée qui aboutit à un ganglion du volume d'une petite noix. S'armant de ciseaux courbes, il excise tous ces tissus y compris le ganglion. Il se produit au dernier coup de ciseaux une assez forte hémorrhagie ; il applique deux longues pinces hémostatiques un peu au hasard, et ne pouvant, vu la profondeur de la plaie, les remplacer par des ligatures, il les laisse en place. Les fils des précédentes ligatures sont laissés longs, ramenés au dehors et fixés sur les cuisses à l'aide d'une bandelette de sparadrap. Désinfection du vagin avec la solution phéniquée faible ; on n'applique pas de sutures sur le péritoine, qu'on laisse largement ouvert, les intestins n'ayant pas la moindre tendance à faire irruption au dehors. On ne place pas non plus de tube à drainage. Tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Pendant les jours qui suivent l'opération, l'état de la malade reste satisfaisant, sauf un suintement continu d'urine qui excorie la peau et la muqueuse vaginale. La température ne varie guère entre 37° et 37°5.

Le 7 novembre, le toucher vaginal permet de constater que le fond du vagin est oblitéré, ne communique plus en aucun point avec la cavité péritonéale et se trouve tapissé d'une couche de bourgeons charnus. Vers l'angle gauche de la plaie existe un infundibulum dans lequel on peut engager une sonde cannelée

à plus de 6 centimètres de profondeur. Un examen avec le spéculum montre qu'il existe là une fistule urinaire ayant sans doute succédé à la chute d'une eschare, due à la compression de l'uretère gauche saisi par la pince hémostatique appliquée en ce point.

Ne pouvant songer à pratiquer une autoplastie quelconque pour oblitérer cette fistule, qui se trouve située trop profondément, M. Bœckel ne voit de guérison possible que dans l'extirpation du rein gauche.

Ayant laissé la malade reprendre des forces, le 27 novembre M. Bœckel pratique la néphrectomie apres chloroformisation et emploi de toutes les précautions antiseptiques. L'opération réussit à merveille et la malade perd à peine 50 grammes de sang. Le rein extirpé est sain. Le suintement d'urine cesse aussitôt après l'opération. Réunion de la plaie à l'aide de sept points de suture métallique ; deux gros drains de 13 millimètres de diamètre, de 6 et 8 centimètres de longueur sont placés dans la plaie, à 5 centimètres de distance l'un de l'autre. Pansement avec gaze iodoformée, coton hydrophile, gutta-percha, le tout maintenu par une bande de tarlatane neuve.

Les suites de l'opération sont des plus heureuses ; les urines ont cessé de couler par le vagin et de mouiller le lit de la malade. La quantité d'urine émise chaque jour s'élève successivement de 650 à 1,700 centimètres cubes. La malade se lève, pour la première fois, le 16 décembre, dix-neuf jours après l'opération ; le 20, la cicatrisation de la plaie est définitive ; au fond du vagin, on constate encore, au niveau de l'angle gauche, quelques bourgeons charnus qu'on réprime avec la pierre infernale.

Le 30 décembre, la malade sort guérie.

Deux mois et demi après, vers le milieu de mars 1883, M. Bœckel l'ayant revue, constate par le toucher une petite induration au fond du vagin. Vers la fin d'avril, un écoulement sanieux, fétide, se produit, et la malade, après avoir enduré dans les derniers temps des douleurs intolérables, succombe quelques semaines plus tard, 20 mai, à une récidive ayant son siège dans les ganglions abdominaux.

L'autopsie, pratiquée le 22 mai, montre l'unique rein qui reste atteint de néphrite parenchymateuse avec dégénérescence amyloïde; la vessie fortement adhérente à une anse intestinale et

soudée en outre très intimement à l'appendice iléo-cœcal par un noyau cancéreux ; les ganglions lombaires et iliaques hypertrophiés, durs, carcinomateux ; les glandes mésentériques remplies de masses épithéliales blanches. L'uretère gauche se termine en cul-de-sac dans la région rénale : on le sectionne au niveau de la dernière vertèbre lombaire, et l'on y introduit un stylet qui mène dans une vaste cavité entourée d'une série de glandes lymphatiques carcinomateuses. La paroi postérieure du vagin est recouverte de masses cancéreuses. L'ovaire droit renferme un noyau cancéreux, l'ovaire gauche est hypérémié ; le foie est amyloïde.

Dans les réflexions dont il fait suivre cette observation, M. Bœckel, après avoir montré qu'il a obtenu là un double succès opératoire, grâce à l'emploi de la méthode antiseptique, n'en reconnaît pas moins l'inanité finale de ces opérations. Il se demande si, dans de semblables cas, il ne serait pas mieux de s'abstenir. Sans doute, dit-il, si les risques encore bien grands de l'opération en elle-même, en dépit de tous les perfectionnements récents, étaient compensés par la certitude d'obtenir une guérison durable, on serait en droit d'en affronter les dangers. Mais une opération qui emporte encore une malade sur trois, par le fait seul de l'acte opératoire, semble bien grave pour devoir être vulgarisée.

D'autre part, lorsqu'on est témoin de la rapidité et de la fréquence de la reproduction de certaines tumeurs cancéreuses accessibles à la vue, au toucher, aux instruments, c'est une entreprise bien hasardeuse que de vouloir tenter l'extirpation d'une tumeur ou d'un organe profondément situé, difficilement abordable, et de courir le risque de faire une opération incomplète.

M. Bœckel pense que l'hystérectomie ne doit être pratiquée qu'exceptionnellement, au début de l'affection, alors que l'extrémité du col seule est atteinte, et encore avec les conditions suivantes : que les paramètres soient libres, que le vagin soit intact, que la matrice puisse être facilement abaissée. Ces conditions existaient chez sa malade, et cependant, malgré ces circonstances favorables, il y avait une infiltration des ganglions profonds que l'on ne pouvait soupçonner et qui a rendu illusoire tout espoir de guérison définitive.

M. Verneuil pense que la Société de chirurgie doit adresser des remerciements à M. Jules Bœckel pour son intéressante com-

munication qui, en outre de son intérêt intrinsèque, montre la loyauté et la courageuse franchise de l'auteur, en même temps qu'elle témoigne, d'une part, de son habileté et de sa hardiesse comme opérateur, d'autre part, de son tact de clinicien et de praticien.

L'observation de M. Bœckel est, en effet, un document complet qui doit servir à élucider la question si controversée de l'opportunité de l'hystérectomie et de la néphrectomie. On y voit, à la suite de la néphrectomie, le rein restant, qui devait être sain avant l'opération, puisque le rein enlevé avait été trouvé sain lui-même, on voit, disons-nous, le second rein, sous l'influence d'une exagération d'activité fonctionnelle complémentaire, fournir à lui tout seul jusqu'à 17 ou 1,800 grammes d'urine dans les vingt-quatre heures et subir, par l'effet de ce surmenage extraordinaire, la dégénérescence amyloïde à laquelle la malade aurait fatalement succombé si elle n'avait pas été enlevée par la récidive de son cancer utérin. Ce fait intéressant peut donc servir utilement à l'histoire de la néphrectomie, en montrant que la suppression d'un rein amène la dégénérescence de l'autre par l'excès d'activité fonctionnelle qu'elle imprime à l'organe laissé seul en place.

Au point de vue de l'hystérectomie, l'observation de M. Bœckel prouve que, même dans les cas où cette opération est possible, rationnelle si l'on veut, qu'elle est pratiquée par un chirurgien des plus habiles, avec toutes les précautions les plus minutieuses de la méthode antiseptique, que même dans ce cas, l'opération ne donne pas des résultats aussi satisfaisants que ceux auxquels on serait certainement arrivé à l'aide des soins, des pansements, des injections désinfectantes, en un mot par l'application d'un traitement palliatif convenablement dirigé. Il serait à désirer que les chirurgiens qui ont pratiqué l'extirpation totale de la matrice voulussent bien apporter, comme M. Bœckel, des renseignements précis concernant l'état ultérieur de leurs opérées et les résultats définitifs de l'opération.

M. Terrier se déclare partisan de l'hystérectomie, et préfère de beaucoup l'extirpation totale aux opérations partielles pratiquées sur l'organe utérin.

M. Polaillon est d'un avis tout opposé à celui de M. Ter-

rier. Il croit savoir que dans tous les cas où l'hystérectomie a été pratiquée, la récidive a eu lieu et ne s'est pas fait attendre.

Il préfère donc de beaucoup le traitement palliatif. Dans les cas où la guérison est possible, les opérations partielles, les ablations limitées sont tout aussi efficaces que l'extirpation totale et beaucoup plus inoffensives.

M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de voir Billroth, à Vienne, pratiquer une opération d'hystérectomie par la voie vaginale dans un cas qui semblait absolument désespéré. L'opération a été relativement facile ; elle n'a pas été suivie d'hémorrhagie, et, ce qu'il y a de plus étonnant, c'est que la malade, réduite à un état de faiblesse telle qu'elle semblait ne pas devoir survivre plus de quelques heures à l'opération, a guéri ; du moins elle vivait encore deux mois après et se trouvait dans un état relativement satisfaisant, bien que le chirurgien eût dû laisser un morceau du cancer dans le vagin. S'il était avéré que l'hystérectomie peut donner une guérison plus ou moins durable, M. Lucas-Championnière la préférerait de beaucoup aux opérations partielles dont il est complètement dégoûté, parce qu'elles ne lui ont jamais réussi.

M. Trélat déclare qu'il a cherché à faire des opérations partielles en les variant de toutes les manières, sans avoir jamais pu en obtenir de bons résultats. En revanche, il a tiré grand avantage de ce que M. Verneuil appelle « la poursuite des fongosités », par les pansements variés ou des applications faites à la surface des néoplasmes, moyens qui donnent l'illusion de la guérison, mais, en somme, pas de tissu cicatriciel de bonne nature.

M. Bouilly, l'année dernière, encouragé par les résultats annoncés par les chirurgiens de Bordeaux, a cru avoir le droit et le devoir de pratiquer une hystérectomie ; mais lorsqu'il s'est mis à l'œuvre, il s'est aperçu qu'il lui était impossible de parvenir à abaisser l'utérus ; il a dû se contenter de faire une opération palliative. Dans de nombreuses expériences qu'il a faites depuis sur le cadavre, il a constaté que le plus souvent l'abaissement de l'utérus était extrêmement difficile à obtenir. Il fallait, pour y arriver, sectionner les ligaments larges à droite ou à gauche, décoller la paroi vaginale antérieure et postérieure, accrocher enfin le fond de l'utérus avec le doigt.

Séance du 11 *juin* 1884. — *Présidence de* M. MARC SÉE.

M. VERNEUIL a la parole à l'occasion du procès-verbal de la précédente séance et de la discussion soulevée par la communication de M. Jules Bœckel (de Strasbourg) relative à une opération d'hystérectomie pratiquée dans un cas de cancer utérin.

L'orateur apporte un document qui lui paraît de nature à montrer que l'ablation partielle, dans les cas où elle est praticable, donne des résultats très avantageux. Il s'agit d'une brochure dans laquelle M. Verneuil a réuni tous les cas d'amputations partielles de l'utérus qu'il a pratiquées. Il a fait vingt fois l'amputation du col utérin.

Dans ce nombre, trois cas sont relatifs à des affections qui n'étaient pas le cancer. Restent donc 17 malades auxquelles M. Verneuil a pratiqué l'amputation du col pour des cancers de cet organe. L'une d'elles succomba rapidement des suites d'une péritonite causée par l'ouverture du cul-de-sac péritonéal. Pour les 16 autres cas, le minimum de survie a été de 6 mois et le maximum de 7 ans ; la moyenne a donc été de 19 mois. M. Verneuil ne croit pas que l'ablation complète puisse donner des résultats équivalents à ceux qu'il a obtenus ainsi par les opérations partielles.

M. Verneuil a fait également un certain nombre d'opérations qui ont consisté en de simples cautérisations, des grattages, des râclages, des curages de fongosités du col, de prolongements plus ou moins haut dans l'intérieur de la cavité et donnant lieu à des hémorrhagies qui épuisaient les malades. Plusieurs de ces malades ont obtenu ainsi des guérisons qui ont persisté pendant un an et davantage. M. Verneuil a, en ce moment, dans son service, trois malades auxquelles il a pratiqué le râclage de leurs fongosités, chez l'une depuis 6 mois, chez une autre depuis 5 mois, chez une troisième depuis 3 mois ; les douleurs, les hémorrhagies, les écoulements sanieux et fétides ont cessé sous l'influence de ce traitement palliatif et l'état de ces malades est relativement satisfaisant.

Le traitement palliatif donne donc des résultats qui doivent être pris en très grande considération et qui valent, s'ils ne les surpassent, ceux des extirpations complètes.

M. Verneuil ne rejette pas les extirpations totales ; mais il

voudrait que leurs indications reposassent sur un critérium autre que celui adopté par les partisans de ces opérations.

M. Verneuil pense que, lorsque les culs-de-sac vaginaux son envahis par l'altération, il n'y a pas lieu d'intervenir chirurgicalement, car, en le faisant, on ne peut s'attendre qu'à des résultats lamentables et à une récidive certaine.

Il existe une variété de cancer que M. Charles Robin a décrite sous le nom d'adénome ou d'épithélioma glandulaire du col de l'utérus, et à laquelle l'extirpation totale pourrait être applicable, car la lésion, relativement moins grave, mais remontant ordinairement très haut dans la cavité utérine, ne serait guère justiciable des opérations partielles. Mais il faudrait pour cela que la thérapeutique opératoire eût fait assez de progrès pour que l'opération pût être tentée sans exposer les malades à de trop graves dangers.

M. Desprès a enlevé trois fois le col de l'utérus atteint de végétations cancéreuses donnant lieu à des hémorrhagies très abondantes. L'une des malades a été opérée par l'écraseur linéaire et a succombé à des accidents de septicémie. Les deux autres opérations pratiquées avec le galvano-cautère ont donné des résultats très bons ; il n'y a pas eu d'accidents et les malades ont survécu assez longtemps dans un état relativement satisfaisant. Il est vrai que, dans ces deux derniers cas, il s'agissait de femmes qui étaient presque au début de leur maladie. Lorsque l'opération est pratiquée tardivement, l'expérience montre que la survie est en général de très courte durée.

Quant aux opérations dites palliatives,elles sont souvent inutiles et n'allongent guère la durée de la vie des malades, M. Desprès a vu, dans sa jeunesse, Jobert de Lamballe pratiquer des cautérisations hebdomadaires du col utérin avec le fer rouge ; quelques malades paraissaient s'en trouver bien ; beaucoup d'autres n'étaient pas sensiblement améliorées.

M. Trélat s'étonne que M. Verneuil ait trouvé si souvent l'occasion de pratiquer l'amputation du col utérin pour des cas de cancer. Pour lui, il n'a rencontré que deux fois des conditions de limitation de la tumeur qui permirent d'en pratiquer l'ablation. En général les malades viennent trop tard consulter le chirurgien, alors que la tumeur est déjà de date plus ou moins ancienne et par son envahissement progressif a rendu l'opéra-

tion inutile ou impossible. il est extrêmement rare d'être appelé à diagnostiquer un cancer à l'état naissant et de trouver des conditions favorables pour l'opération.

Lorsque, ce qui arrive le plus souvent, les malades se présentent à une période très avancée de leur cancer, M. Trélat se borne, comme M. Verneuil, à un traitement palliatif : pansements, soins apportés à la surface du néoplasme, nettoyage, désinfection, cautérisation, grattage, râclage, curage, etc. ; comme M. Verneuil, il a obtenu par ces procédés de bons résultats, arrêté des hémorrhagies, fait cesser des écoulements sanieux et fétides, relevé l'appétit et les forces épuisées des malades, rendu le sommeil, donné en un mot à ces pauvres condamnées à mort l'illusion de la guérison.

En résumé, M. Trélat ne pratique l'ablation que dans les cas, trop rares malheureusement, où la tumeur est encore limitée ; pour les autres, il se borne au traitement palliatif.

(*L'Union Médicale.*)

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE NANTES.

Séance du mercredi 11 *juin* 1884. — Présidence de M. le Dr LAENNEC, directeur de l'Ecole de Médecine.

KYSTE DE L'OVAIRE. — M. HEURTAUX.

M. Heurtaux présente un énorme kyste de l'ovaire enlevé chez une jeune fille de 18 ans. — Le début remontait à 15 mois et le développement de ce kyste avait été si rapide que toute la cavité abdominale était remplie. Des adhérences s'étaient en même temps très promptement établies sans qu'aucune ponction eût été faite. La constitution de la malade était bonne et la santé avait été jusque-là excellente. L'opération fut rendue laborieuse par des adhérences plates qui unissaient la poche à la paroi antérieure de l'abdomen. Le soir de l'opération, la fièvre s'alluma et ne fit que s'accroître le lendemain. Le surlendemain l'hyperthermie était considérable et le pouls battait 140 pulsations ; il n'y avait ni nausées, ni hoquet, ni vomissements. Le ventre n'était pas sensible. Sous l'influence du sulfate de quinine et de l'aconitine, le pouls tomba les jours suivants successivement à 86, 84 et 72 pulsations. Le ventre n'était pas ballonné. Deux jours

plus tard il y eut une reprise de la fièvre, des coliques vives, avec de nombreuses garde-robes liquides et la malade ne tarda pas à succomber à une sorte d'entérite infectieuse.

(*Gazette Médicale de Nantes.*)

SOCIÉTÉ OBSTÉTRICALE D'EDIMBOURG.

Séance du 12 mars.

OPÉRATION DE PORRO POUR UNE TUMEUR FIBREUSE DE L'UTÉRUS. — Secondipare. — La patiente ayant été anesthésiée, M. le Professeur Simpson, qui avait été appelé par un interne de service, put sentir un corps dur, semblable à une tête d'enfant, qui remplissait presque complètement le petit bassin ; en introduisant la main plus loin, il sentit distinctement la poche des eaux et à travers celle-ci, ce qui paraissait être la tête d'un second fœtus.

A l'inspection, le ventre présentait un aspect particulier: Le globe utérin proéminait fort en avant et arrivait jusque tout près de l'appendice xyphoïde ; il était recouvert par la paroi abdominale, amincie et fortement tendue, et était légèrement dévié vers le côté droit. Au-dessus de l'ombilic, il y avait une dépression entre le globe utérin et une masse solide qui faisait saillie au-dessus de la symphyse et occupait l'hypogastre et la région inguinale droite ; cette masse était en continuité avec l'utérus. Ce dernier était à l'état de contraction presque permanente. A la grande lèvre droite, il y avait un chancre induré. On entendait les pulsations fœtales, mais elles étaient déjà affaiblies.

On diagnostiqua une tumeur utérine émanant du segment inférieur de la matrice et placée entre les feuillets du ligament large gauche. Le col était partiellement dilaté; il était au niveau du détroit supérieur, près de la symphyse sacro-iliaque droite. Dans ces circonstances, on considéra que la laparotomie, pratiquée sans retard, pouvait seule sauver la mère et l'enfant. On décida la femme à se faire transporter à l'hôpital (toutes ces constatations avaient été faites au domicile de la patiente) ; elle y arriva fort épuisée, et l'on constata alors que les battements du cœur du fœtus avaient cessé.

Après avoir désinfecté tout le champ opératoire au moyen d'une solution de sublimé corrosif (1/2000), on fit une incision commençant à 0,05 au-dessus de l'ombilic et allant jusqu'à 0,05 de la symphyse.

L'utérus intact fut attiré au dehors, une forte corde fut placée autour de l'organe au-dessous de la tête du fœtus et aussi près du col que le permettait la tumeur. L'utérus ayant été incisé, on fit l'extraction de l'enfant par le siège. Très peu d'hémorrhagie ; le contenu de l'amnios se répandit sur les parois abdominales. L'anse de corde fut alors remplacée par le clamp de Lawson Tait et l'utérus fut excisé. Du côté droit, la section fut pratiquée en dehors de l'ovaire droit et de la portion inférieure du corps de l'utérus ; à gauche, elle alla jusque tout près de la trompe de Fallope et divisa l'ovaire. Aucune partie du liquide ne s'échappa dans la cavité péritonéale. Sutures de soie ; les lèvres de la plaie furent fixées autour du pédicule et de la tumeur fibreuse (cette dernière ne fut pas enlevée) ; on saupoudra la plaie et le pédicule d'iodoforme et de bismuth (ana), et l'on appliqua de la gaze au bismuth. La patiente succomba (on ne dit pas à quoi ni quand ?)

D^r^ P. L.

(*Gazette Obstétricale de Cincinnati* et *Journal d'accouchements.*)

REVUE DE LA PRESSE

INVERSION PUERPÉRALE CHRONIQUE DU CORPS DE L'UTÉRUS. — AMPUTATION DE L'ORGANE PAR LA LIGATURE ÉLASTIQUE. — GUÉRISON.

(Note clinique de M. le Professeur A. Mazzucchelli, de Pavie, in *Annali universali di medicina e chirurgia*, janvier 1884.)

D'après la statistique de Crosse, sur 400 cas d'inversion, il n'y aurait que 50 cas qui n'appartiendraient pas aux suites de couches ; dans le travail de Denucé, sur 100 cas, 88 reconnaissent pour cause l'accouchement. La belle monographie de M. le professeur Trombetta, de Messine (*Giornale internazionale di scienze mediche*, anno V, fasc. 1), résume pour l'Italie l'état de cette intéressante question. L'histoire clinique de l'amputation de l'utérus pour inversion de cet

organe ne compte chez nos voisins que sept observations dues, par ordre chronologique, à MM. Martino Barba (*Il Morgagni*, 1872) ; Landi (in *Raccoglitore medico*, 1875) ; Palasciano (voy. *Archivio di chirurgia pratica*, 1875) ; Corradi (in *Lo sperimentale*, 1876) ; Morisani (in *Morgagni*, 1878) ; Trombetta (*op. cit.*) ; enfin, l'observation de M. le professeur Mazzucchelli, déjà parue dans in *Raccoglitore medico*, 20 février 1883. La femme qui sert de thème à la note clinique de cet honorable professeur est âgée de 35 ans ; c'est à son septième accouchement que l'accident qui l'amène à l'hôpital lui est arrivé. La sage-femme qui l'assista à ce moment dut faire de grands efforts pour avoir le placenta, qui entraîna à sa suite l'utérus et produisit l'inversion ; l'organe ne put être remis dans sa position normale, malgré de nombreuses tentatives et l'emploi du chloroforme. Le traitement fut dès lors forcément palliatif et dirigé en vue de réprimer les pertes de sang abondantes et continuelles qui finirent par compromettre gravement l'état de santé du sujet. Quelques mois plus tard, l'opération s'imposa comme la dernière ressource. L'utérus fut attiré au dehors de la vulve et entouré par un fil en tissu élastique au moyen du serre-nœud à polype de Desault, puis l'organe fut replacé dans le vagin. Treize jours après l'opération, la partie mortifiée étant tombée, et des injections et pulvérisations antiseptiques étant constamment pratiquées, l'opérée put quitter son lit et bientôt après sortir de l'hôpital complètement rétablie.

Les sept observations publiées en Italie eurent toutes un résultat heureux.

(*L'Union médicale.*)

RÉTENTION DU PLACENTA APRÈS L'AVORTEMENT

Par W.-L. Reid (Glascow) (*Glascow Medical Journal*, 1883, p. 29).

Le Dr Reid fait connaître l'observation de deux malades dont l'histoire est à peu près identique et peut se résumer ainsi : retard de règles de trois mois environ, tous les signes d'une grossesse au début, fausse couche. La femme se rétablit incomplètement, et, quelque temps après sa fausse couche, rend par le vagin une petite masse plus ou moins altérée qui n'est autre qu'un placenta.

Le cas précédent est un de ceux qu'on trouve assez souvent dans la pratique, et qui est la cause de fréquentes méprises. Le diagnostic

en est d'habitude très ardu et le traitement non moins difficile à instituer.

En consultant l'opinion des différents auteurs à cet égard, on voit que les conseils qu'ils donnent se résument à deux méthodes thérapeutiques : les uns et parmi eux nous trouvons surtout les Anglais, veulent intervenir, pénétrer à tout prix dans la cavité utérine pour la débarrasser de son contenu ; les autres, et les auteurs français appartiennent surtout à cette catégorie, conseillent d'attendre : la patience est ici, comme dans beaucoup d'autres cas, en obstétrique, la meilleure arme thérapeutique.

Que faire ? Intervenir ou attendre ? W. L. Reid, analysant les différents cas qui peuvent se présenter, arrive à des conclusions pratiques nettement formulées et qui dans beaucoup de circonstances aideront le médecin à prendre une décision. Il divise en trois catégories la série des faits de ce genre et donne pour chacune d'elles les règles suivantes :

Ou le placenta retenu dans l'utérus a subi la putréfaction. Il s'écoule de l'utérus un liquide fétide entraînant des débris placentaires. Quoique cette élimination de durée variable s'effectue souvent sans accidents, toutefois, comme elle expose aux accidents septiques, elle demandera à être activée par des lavages antiseptiques faits dans la cavité de la matrice. L'intervention devra ici se faire sans hésitation, et s'il y avait de gros débris placentaires, on serait en droit de recourir à la dilatation des orifices utérins pour opérer leur extraction.

Dans la seconde forme, le placenta n'est pas détaché de l'utérus ; toutefois, il ne continue pas à vivre, il se momifie sur place, mais sans présenter des phénomènes de putréfaction. Il n'y a ici d'autres dangers que celui des hémorrhagies qui sont assez fréquentes, et qu'on pourra traiter par l'administration de l'ergot de seigle dont l'action, se faisant sentir sur la fibre utérine, contribuera à l'élimination du contenu de la matrice. Si des phénomènes de putridité se manifestaient, il faudrait agir comme précédemment.

Dans la dernière catégorie de cas, le placenta continue à vivre, il est le siège d'une maladie spéciale, la dégénérescence hydatiforme, ou môle hydatique. On a alors affaire à une maladie spéciale de l'œuf, qui ne peut guère être comparée à une simple rétention de placenta, car dans la plupart des cas l'embryon n'est pas expulsé, mais subit avec le reste de l'œuf des altérations spéciales. Cette dégénérescence est simplement mentionnée ici pour montrer comment le placenta

mort et putréfié, dans la première série de faits, simplement macéré dans la seconde série, peut ici continuer à vivre et à se développer, mais d'une façon pathologique. Dans les cas de môle hydatique, Reid conseille d'intervenir aussitôt que le diagnostic a pu être établi d'une façon positive, et l'intervention consistera à vider par des moyens appropriés l'utérus de son contenu.

(*Le Médecin praticien.*)

ABSENCE D'UTÉRUS.

Le Dr Tschernoguboof relate, dans un journal médical russe, le cas d'une femme de 24 ans, bien portante et d'une bonne constitution. Les lèvres grandes et petites, étaient d'apparence normale ; mais le clitoris était très petit. L'urèthre était si dilaté que le doigt pouvait aller jusqu'à la vessie. Le vagin était très court et se terminait en cul-de-sac. L'exploration vaginale et rectale ne fit découvrir trace d'utérus. La femme n'avait jamais été réglée. Elle était mariée depuis six ans ; mais chaque tentative de coït était accompagnée d'une violente douleur.

Un cas semblable fut relaté par le Dr Stenley O. Waren, dans la dernière session annuelle de l'Association médicale du Maine (*New-England Medical Monthly*). La femme était âgée de 25 ans et de race anglaise. Elle avait eu un flux irrégulier de sang par le rectum depuis sa dix-huitième année, et elle croyait parfois que le sang sortait par le vagin. Elle avait été mariée une fois et se préparait à contracter un second mariage. Le coït était toujours douloureux, et cependant elle éprouvait toujours des désirs sexuels. Les organes génitaux étaient normaux, mais le vagin n'avait qu'un pouce de profondeur et se terminait en cul-de-sac. Les ovaires pouvaient être sentis par le toucher rectal ; ils étaient reliés par une bande de tissu ferme qui pouvait être une trompe de Fallope ou un utérus rudimentaire.

(*Le Médecin praticien.*)

UN PHÉNOMÈNE.

La *Enciclopedia medico farmaceutica* du 8 novembre dit que l'on peut voir actuellement à Madrid un cas tératologique qui fait l'étonnement de tous les professeurs et de tous les élèves de la Faculté

de médecine : c'est une petite fille de cinq mois, venue au monde sans bras ni jambes.

Les cavités thoracique et abdominale sont parfaitement conformées, mais l'absence des extrémités supérieures et inférieures en fait une masse de chair surmontée d'une tête.

Au moment de sa naissance, on doutait qu'elle pût vivre. Mais il est aujourd'hui constaté que cette malheureuse créature peut vivre de longues années, et se développer telle quelle.

Elle tète très bien ; les premières dents sont sorties ; elle pleure, ou elle rit selon les impressions particulières à cette époque de la première enfance.

Ses parents sont des journaliers de la province d'Alicante.

Un modèle en plâtre de ce phénomène a été déposé au collège de San-Carlos.

(*Le Médecin praticien.*)

UNE RESSOURCE POUR LES ACCOUCHEURS.

Le *Genio medico-quirurgico*, du 15 novembre, reproduit un passage du *Philadelfia Médical Times* dans lequel le Dr Richard indique un moyen auquel il a eu souvent recours dans les accouchements difficiles.

Les trois observations qu'il cite se rapportent à des cas de présentation du sommet, dans lesquels la tête ne s'engageait pas, et les malades se refusaient à l'application du forceps. Le Dr Richard les fit mettre à genoux sur leur lit, et l'accouchement se fit chaque fois avec rapidité et sans accidents.

Cette position n'a rien d'extraordinaire selon ce praticien, elle serait même plus naturelle que le décubitus dorsal ou latéral. En Irlande la généralité des femmes accouchent en se mettant à genoux. Engelman a démontré que la position la plus naturelle pendant l'accouchement est la station verticale plus ou moins complète.

Il conviendrait donc dans des cas semblables d'essayer de ce moyen qui est, du reste, dépourvu d'inconvénients, et qui peut donner des résultats heureux.

(*Le Médecin praticien.*)

PÉRITONITE AIGUE. — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

Le Dr Lawson Tait a ouvert l'abdomen dans 208 cas et n'a perdu d'opérées que dans la proportion de 7,7 p. 100. Il a fait 13 gastrotomies exploratrices sans un cas de mort ; 20 gastrotomies pour cause de pyo-salpingite, toutes heureuses ; 2 hépatotomies pour kystes hydatiques ; 2 autres pour hydatides du péritoine ; 2 cholécystotomies : les six malades ont guéri. Il a également pratiqué avec succès une néphrotomie et une néphrectomie. Pour 10 hystérectomies, il n'y a eu que 2 morts. Il a ouvert et drainé l'abdomen pour abcès pelvien et quatre fois pour péritonite chronique, sans un seul cas de mort.

D'aussi brillants états de service donnent une singulière autorité à la parole d'un chirurgien, et nous avons cru devoir les rappeler pour faire accorder aux lignes qui vont suivre l'attention qu'elles méritent.

Un point sur lequel je désire m'arrêter, dit l'éminent chirurgien (*British medical journ.*, févr. 1883), ce sont les cas de péritonite aiguë, où j'ai lavé, soigneusement détergé et drainé le péritoine, après en avoir ouvert la cavité. Sur 9 cas, tous ont guéri. J'ai ouvert l'abdomen à une femme pour cause de péritonite aiguë et j'ai trouvé qu'elle dépendait d'une inflammation purulente des trompes de Fallope. Cette malade a parfaitement guéri.

« Dans tous les cas, j'ai été tellement satisfait du résultat, que je promets bien, dans le prochain cas de péritonite, de quelque nature qu'il soit, fût-il même puerpéral, de conseiller ou de faire, si cela est possible, l'incision abdominale, le lavage parfait de la cavité et le drainage ; et si l'on n'a pas attendu pour pratiquer l'opération que la malade fût moribonde, j'espère de ce traitement un succès éclatant. Nos opinions sur la péritonite subiront sous peu, j'en suis sûr, de grandes modifications.

« Nous finirons, ajoute Lawson Tait, par traiter les inflammations du péritoine, comme nous traitons maintenant les suppurations des autres cavités, avec un succès presque certain. Ce genre d'opération eût été, il y a cinq ans, considéré comme une folie ; aujourd'hui, je pense que les succès que j'en ai obtenus justifient pleinement la proposition générale suivante : « Quand le médecin est dans le doute et la malade « en danger, faites à l'abdomen une incision exploratrice, et, selon ce « que vous trouverez, agissez et comportez-vous comme vous le juge- « rez convenable. »

(*Le Médecin praticien.*)

PHYSOMÉTRIE.

Par H. C. Yarrow (*American Journal of obst.*, août 1883.)

La physométrie ou distension de l'utérus par des gaz, est une affection extrêmement rare, dont beaucoup de médecins ne voient pas même un exemple dans toute leur carrière, mais qu'il est de leur intérêt de connaître, car cette affection peut donner lieu à de graves méprises de diagnostic.

Le Dr Yarrow, dans un intéressant article de l'*Américan Journal of obstetrics*, donne un résumé de la plupart des cas connus de cette affection, et publie un fait qu'il lui a été donné d'observer, il y a quelques années.

Il s'agit dans ce cas d'une négresse âgée de 44 ans, arrivée à l'époque de la ménopause, qui ne voyant plus revenir l'écoulement du sang menstruel, et en même temps son ventre grossissant régulièrement comme à ses autres grossesses, était persuadée qu'elle était enceinte. Le Dr Yarrow fut appelé auprès de cette malade, par un confrère qui le pria d'apporter tout ce qui était nécessaire pour faire l'opération césarienne, car le col était excessivement étroit, difficile à atteindre, rigide, et il ne voyait pas d'autre moyen de délivrer cette femme. L'opérateur ayant des doutes sur cette grossesse, qui aurait été, d'après les calculs de la femme, de 13 mois, introduisit le cathéter dans l'utérus et au moment de cette introduction, il s'échappa bruyamment une quantité très considérable de gaz inodore. L'utérus revint à son volume normal, et la femme guérit ainsi.

La physométrie peut se produire ou pendant l'état puerpéral, ou en dehors de cet état.

Pendant l'état puerpéral, il peut avoir lieu avant ou après la naissance de l'enfant. Avant la naissance de l'enfant, il reconnaît pour cause, soit la pénétration de l'air à travers les voies génitales, soit la décomposition du fœtus.— Après la sortie de l'enfant il peut être amené par une sorte d'aspiration de l'utérus alors qu'il est débarrassé du produit de la conception, ou par la décomposition de débris de placenta ou autres retenus dans la cavité utérine. Le principal but de la thérapeutique dans ces différents cas devra être de désinfecter l'utérus. Le lavage utérin constitue la meilleure méthode à appliquer.

En dehors de l'état puerpéral, l'utérus peut être aussi distendu par des gaz. Dans ce cas, on admet que le fluide est quelquefois produit par la décomposition d'un caillot ou des débris d'une tumeur ; d'au-

tres auteurs ont aussi pensé que dans des conditions spéciales, encore indéterminées, la muqueuse utérine, comme la plupart des tissus organisés, pouvait sécréter de l'acide carbonique, de même qu'elle absorbe de l'oxygène. Cette dernière théorie n'est pas inadmissible, mais elle manque de preuves. Quelle que soit la théorie admise, il est indispensable qu'un des orifices utérins soit obturé.

Dans ces cas, la physométrie simule la grossesse, et les différentes observations qu'on en possède montrent que c'est à cette confusion que malades et médecins ont été amenés. Le diagnostic se fera par la durée même qui se prolonge au delà du terme d'une grossesse normale, et enfin par le manque des signes de certitude de l'état de gravité. Le traitement consiste à introduire un cathéter dans la cavité utérine et de permettre ainsi l'évacuation du contenu.

(*Revue de la Presse médicale française et étrangère.*)

PURPURA DANS L'ÉTAT PUERPÉRAL.

Clinique de M. le professeur Potain.

Une malade du service, accouchée dans de bonnes conditions, un mois environ avant le début des accidents qui l'amènent à l'hôpital, fut prise, après un refroidissement, de boursouflement de la face avec de l'œdème et une éruption purpurique. Elle avait en même temps de l'abattement, du malaise et un peu d'état fébrile. Cependant, quelques jours plus tard, elle n'avait plus qu'un peu d'œdème du bras gauche, et bientôt après les taches disparurent complètement.

C'était un cas de *purpura hémorrhagique bénin*, avec cette particularité que l'éruption s'était accompagnée d'anasarque, ce qui la rapproche de l'œdème pourpré fébrile. Les éléments qui constituent ces affections sont considérés comme d'origine essentiellement rhumatismale. Mais comment expliquer cette origine dans le cas particulier ? M. Potain rappelle que des affections analogues au rhumatisme se montrent fréquemment dans l'état génital : la malade ci-dessus avait accouché récemment et venait de voir ses règles revenir. Finger rapporte trois cas analogues :

Chez un homme de 23 ans atteint simultanément d'un rhumatisme blennorrhagique du poignet et de purpura, la guérison de ces deux accidents paraissait complète, lorsqu'un retour de la blennorrhagie ramena l'arthrite et en même temps les pétéchies.

Le second présentait en même temps un rhumatisme blennorrhagique des genoux et des pieds, ainsi qu'un purpura très abondant.

Une femme atteinte de vaginite, avec manifestations rhumatismales et purpura, était en voie de guérison, lorsque, sous l'influence d'une injection intempestive qui exaspéra l'écoulement, le purpura et le rhumatisme reparurent presque aussitôt.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*, 1883, p. 536.)

PESSAIRE OUBLIÉ DANS LE VAGIN

M. Gayraud a rapporté l'observation suivante à la Société de médecine et chirurgie pratiques de Montpellier :

Il y a peu de temps, il fut appelé à l'Hôpital-Général auprès d'une vieille fille qui, atteinte depuis quelques années d'un prolapsus utérin, s'était introduit un pessaire dans le vagin d'après le simple conseil d'une autre femme. Ne s'étant pas soumise à l'observation d'un médecin, elle n'avait su que faire ensuite ; ce n'a été qu'au bout de trois ans et demi, à la suite d'accidents, qu'elle s'est souvenue avoir oublié son pessaire ; elle éprouvait de vives douleurs dans le bas-ventre ; un écoulement fétide, sanguinolent avait lieu par la vulve. C'est en vain qu'à diverses reprises M. Gayraud essaya de faire l'extraction de ce corps étranger : l'étroitesse vulvaire était considérable ; le corps étranger, rigide, avait un diamètre supérieur à celui de la vulve. Il pensa alors à un autre moyen : fixant avec le doigt en crochet le corps étranger près de l'orifice vulvaire, n'ayant d'autre instrument que des ciseaux de trousse, il chercha à faire une section. Il lui fallut une demi-heure pour entraîner petit à petit la portion accessible du corps étranger, tandis qu'avec des pinces il en arrachait des parcelles ; enfin, le pessaire fut divisé au milieu. Refoulant ensuite la partie postérieure, il exerça des tractions sur la partie antérieure ; mais le corps étranger, sec et cassant, se brisa en un autre point ; les deux fragments purent alors être extraits sans difficulté. On prescrivit des injections détersives, désinfectantes, ainsi qu'un repos absolu ; il n'y eut pas de suites fâcheuses, ni d'accident d'aucun genre. Actuellement, la malade sort tous les jours et n'éprouve plus de souffrance depuis qu'elle se sert d'un pessaire en caoutchouc flexible, qu'elle retire de temps en temps.

A côté de ce fait, M. Gayraud en cite un autre dont les conséquences furent loin d'être aussi favorables. Il y a quatre ans, appelé en consultation par un médecin auprès d'une dame qui avait oublié un

pessaire, il pratiqua facilement l'extraction, après avoir sectionné le corps étranger au moyen des ciseaux. Tout alla bien sur le moment, la malade se trouvait heureusement débarrassée ; mais quelques jours après elle succomba, paraît-il, avec des accidents de péritonite, sans avoir été revue par le chirurgien.

En terminant cette communication, il rappelle la fréquence dans le vagin, de corps étrangers de tout genre. MM. Serre et Baumel ont cité des cas très curieux ; quand il s'agit de pessaires, il est aisé de comprendre que des malades préoccupées de toute autre chose ou ignorantes, oublient, pour ainsi dire, leur présence, qu'elles croient d'ailleurs inoffensive.

(*Le Médecin praticien.*)

PARTURITIONS TARDIVES

Le Dr A. Evahs, de Conway, nous écrit : « J'ai déjà signalé le cas d'une femme de 48 ans, qui donna le jour à un enfant ; aujourd'hui j'ai encore à annoncer deux cas semblables qui se sont présentés dans notre ville : deux femmes de 50 ans ont mis au monde des enfants vivants. En consultant l'histoire de leur famille et en remontant à plusieurs générations, j'ai remarqué que les membres en avaient été d'une fécondité remarquable.

(*The Med. Record* et *Médecin praticien.*)

PYOÉMIE A LA SUITE DU SÉJOUR D'UNE ÉPONGE DANS LA CAVITÉ VAGINALE.

Par Baylerunnals.

Une femme de 24 ans vint mourir à l'hôpital Saint-Marglilionne sans avoir pu fournir de renseignements sur sa situation, et au milieu des symptômes dominants d'une pneumonie adynamique : respiration laborieuse ; imperméabilité complète des deux poumons, sans toux ni expectoration possible. Sensibilité de tout l'abdomen ; arthrite du genou gauche. Pouls à 22. Sueurs abondantes. Langue sèche, etc.

A l'autopsie, on trouvait les poumons farcis d'abcès ; des signes de péricardite ; de la péritonite ; des abcès nombreux du foie ; la rate fortement congestionnée. Dans le petit bassin, épanchement purulent. Sérosité de sang. Le point de départ était un vaste abcès du cul-de-sac postérieur du vagin, en communication avec cet organe, d'une

part, le rectum dont la paroi était détruite, et la cavité utérine. Un fragment d'éponge occupait à la fois le col utérin dilaté et la partie du vagin, qui n'était, pour ainsi dire, qu'une vaste ulcération. L'auteur rapproche ce cas d'abcès du foie et du poumon d'origine pyoémique de ceux qui se manifestent dans la dysenterie, à la suite d'ulcérations du rectum. La péritonite avait pour cause la rupture dans la cavité péritonéale de la poche purulente développée autour du corps étranger.

(*The British medical* et *Médecin praticien.*)

PREMIER COÏT ACCOMPAGNÉ D'UNE DÉCHIRURE DE LA PAROI VAGINALE ET SUIVI D'UNE HÉMORRHAGIE PROFUSE.

Le Dr Mundé fut appelé dernièrement pour voir une jeune fille de 22 ans, qu'il trouva pâle et anémiée par suite d'une perte sanguine abondante. Elle venait d'être mariée la veille, et n'avait eu pendant la nuit qu'un seul rapport conjugal, qui s'était accompli sans que la jeune femme manifestât une grande douleur, puis, quelques heures après, elle s'aperçut qu'elle perdait du sang par le vagin, et envoya chercher un médecin qui lui donna de l'ergot sans aucun résultat, et qui s'en alla sans examiner la malade. Un autre médecin arriva ensuite, et introduisit de la glace dans le vagin, mais sans arriver non plus à arrêter l'hémorrhagie. Le Dr Mundé, qui vint ensuite, examina l'hymen pour voir si la source de l'hémorrhagie n'était pas dans cette membrane ; il vit alors que le sang provenait d'un point situé plus haut. L'introduction d'un spéculum de Sims lui permit de constater une déchirure du cul-de-sac droit à environ 5 centimètres de la vulve. L'utérus était en rétroversion. Il attribua la cause de cette rupture à la dispositition qui existait entre l'organe copulateur mâle et l'organe femelle.

L'hémorrhagie put être arrêtée facilement à l'aide du tamponnement vaginal. Deux ans auparavant, l'auteur avait déjà observé un cas d'hémorrhagie profuse, consécutive à une rupture de l'hymen, qui s'étendait dans le vagin le long de l'urèthre, et qui s'était également produite à la suite d'un premier coït, et qui fut aussi arrêtée à l'aide du tamponnement. (*The Canadian practitioner* et *Journal de médecine de Paris.*)

CALCUL VÉSICAL CHEZ UNE FEMME.

Le Dr Pickering-Pick, dans la séance du 4 janvier de la « West London Medico-Chirurgical Society », rapporta le fait suivant : Une malade, opérée de la pierre sept ans auparavant, avait, depuis cette époque, toujours souffert d'incontinence d'urine. Plusieurs opérations palliatives avaient été tentées sans résultat, et depuis douze ans les matières fécales sortaient du rectum dans le vagin. Lorsque le Dr Pick vit la malade, il constata que la paroi postérieure tout entière de la vessie ainsi que la paroi inférieure de l'urèthre étaient détruites. Il y avait également une fistule de la grosseur d'une plume d'oie entre le rectum et le vagin. Comme il n'y avait aucune probabilité d'oblitérer la fistule vésico-vaginale, M. Pick oblitéra le vagin en enlevant un lambeau circulaire de muqueuse, rapprocha les surfaces saignantes et les maintint en contact à l'aide des sutures enchevillées. Le résultat de l'opération fut remarquable ; la malade urinait par le rectum, mais elle pouvait retenir son urine autant qu'elle le voulait. M. Pick fait ensuite remarquer que la dilatation graduelle ou l'incision de l'urèthre ne sont pas de bonnes opérations, car elles laissent généralement après elles de l'incontinence. Pour les pierres dont le volume ne dépasse pas celui d'une aveline, la dilatation rapide est préférable ; mais pour les pierres plus grosses, la taille vaut mieux que la lithotritie. — M. Lunn signale le danger qu'il y a de pratiquer la lithotritie chez les jeunes enfants, dans la crainte de blesser la vessie.

A une question de M. Howard-Marsh demandant comment la malade pouvait garder l'urine dans le rectum, le Dr Pick répond qu'il a observé ce fait plusieurs fois et cite le cas d'un jeune homme qui eut une fistule recto-vésicale consécutive à une blennorrhagie, et chez lequel le rectum devint comme une seconde vessie. Cet état dura plusieurs années sans que le malade en fût incommodé.

M. Howard-Marsh dit que ces ulcérations sont souvent de nature syphilitique et par conséquent la cicatrisation est impossible. (*Bristish Medical Journal* et *Journal de médecine de Paris*.)

MÉTHODE SIMPLE POUR RÉDUIRE L'UTÉRUS RÉTROFLÉCHI DANS LES CAS DIFFICILES,

Par Küstner.

Schultze a indiqué en détail les différentes manœuvres qu'il faut combiner avec les deux mains pour arriver à replacer l'utérus dévié en

arrière. On connait actuellement tous les avantages de cette méthode et toute de supériorité sur la méthode instrumentale, qui agit aveuglément et expose à beaucoup de dangers. — La méthode bimanuelle de Schultze exige une paroi abdominale dépressible, et un facile accès du corps utérin dans le cul-de-sac postérieur du vagin. — Ces deux conditions font défaut l'une ou l'autre ou toutes les deux simultanément, dans un assez grand nombre de cas, où la narcose chloroformique devient alors indispensable pour réduire la déviation.

Küstner propose une méthode qui lui a réussi dans des cas où, la méthode de Schultze ayant échoué, il ne restait plus que le chloroforme comme dernière ressource. Cette méthode est la suivante: premier temps : saisissez le col utérin et attirez-le vers la vulve ; — deuxième temps : introduisez un ou deux doigts de la main gauche dans le vagin jusqu'au cul-de-sac postérieur ; on arrive facilement sur le corps utérin rétrofléchi, car l'utérus est attiré en masse vers la vulve ; réduisez le corps utérin avec le ou les doigts introduits dans le vagin ; — troisième temps : maintenez la pince et le col avec la main gauche, tandis que la droite, en exerçant une pression sur la paroi abdominale, porte l'utérus fortement en antéflexion.

La réduction terminée, on appliquera un pessaire pour la maintenir ; l'auteur donne la préférence au pessaire en 8 de chiffre de Schultze.

Dans les cas où le vagin est étroit, au lieu d'y introduire le doigt, on peut pénétrer par le rectum et opérer par cette voie la réduction de l'utérus, pendant que la pince, occupant le vagin, maintient l'utérus abaissé.

(*Bull. génér. de thérap.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

VALEUR THÉRAPEUTIQUE DES EAUX DU PETIT-SAINT-SAUVEUR A CAUTERETS (1)

Voici comment le docteur René Serrand, de Cauterets, détermine et explique les applications thérapeutiques de l'eau du Petit-St-Sauveur:

(1) Dr Réné Serrand, *Renseignements sur Cauterets.* Delahaye, 1882.

« Eau très douce et très onctueuse, à la fois tempérante et tonique, le *Petit-St-Sauveur de Cauterets* possède toutes les qualités de Saint-Sauveur de la vallée de Luz et correspond aux mêmes indications cliniques.

« Elle donne des résultats remarquables dans les *affections chroniques de l'utérus* et est un des moyens les plus puissants que nous possédions pour guérir les *engorgements de cet organe* et pour amender *les métrites chroniques* et même les *métrites parenchymateuses, surtout chez les arthritiques.*

« La présence en quantité notable du *zinc* explique l'action bienfaisante des bains du Petit-St-Sauveur sur la *névralgie lombo-abdominale* et sur *l'irritation spinale* localisée dont elle est l'expression.

« La *sulfuration* et *l'alcalinité*, la *barégine* ainsi que la *thermalité inférieure* à celle du corps humain de cette eau douce et onctueuse, en font un *agent décongestionnant* très efficace pour le *traitement local.*

« Quant au *traitement diathésique*, il trouve des éléments de rénovation complète dans le *sulfure de sodium* et la *lithine*, et dans ces reconstituants de premier ordre : l'*arsenic*, le *fer* et le *manganèse*. L'influence des sels de *lithine* dans les maladies liées à un excès d'acide urique dans l'économie est incontestable.

« Restent le *cuivre* et l'*alumine* dont l'action utile se manifeste sur les leucorrhées. Enfin, les *silicates* de *soude* et de *potasse*, qui sont éminemment antiputrides, antiseptiques et antifermentescibles, exercent à ce titre une puissante action médicatrice. »

Dans son *Étude des Eaux minérales de Cauterets*, le docteur René Serrand apprécie de la façon suivante l'action des bains du Petit-St-Sauveur (1) :

« Le bain du Petit-St-Sauveur de Cauterets fait éprouver une sensation d'*onctuosité* semblable à celle que donnerait un *bain gélatineux*, la peau est douce et glisse sous la main comme si elle était ointe de glycérine.

« Cette *impression cutanée* produit des *effets calmants presque immédiats* chez les *névropathes* ; dès les premiers bains les *sujets les plus excitables* ressentent un sentiment de bien-être et de repos qui s'accentue avec la suite de la cure.

(1). Dr Réné Serrand, *Etudes des Eaux minérales de Cauterets*. Lahure, 1884.

« En dehors de l'*action calmante* agréable que l'eau du Petit-St-Sauveur doit à la présence des sels à réaction alcaline, ainsi qu'à sa richesse en glairine et à sa température modérée, la surface du corps se trouvant détergée par les carbonates alcalins contenus dans l'eau de cette source, devient plus perméable et par suite reçoit plus facilement l'action des éléments minéralisateurs.

« *Les névralgies chroniques musculaires et viscérales (utérus, ovaires, vessie, estomac) et même les névroses accentuées sont calmées après quelques bains du Petit-St-Sauveur.*

« *Les engorgements de la matrice avec nervosisme, les granulations et ulcérations du col, les leucorrhées entretenues par un état d'irritation de l'utérus, en un mot les maladies des femmes et l'hystérie sont soignées avec un succès incontestable à la Source du Petit-St-Sauveur de Cauterets qui, chaque année, compte de nombreuses guérisons des cas les plus rebelles, grâce aux qualités spéciales que nous venons d'énumérer.* »

Les bains du Petit-St-Sauveur réussissent aussi sûrement dans les phlegmasies chroniques de la vessie, les congestions du foie et des autres viscères abdominaux, les affections hémorrhoïdales, les maladies de la peau avec prurit incommode. Enfin ils sont d'un puissant secours dans le traitement des maladies des voies digestives, en particulier des *dyspepsies* et des *gastralgies.*

L'eau du Petit-St-Sauveur diminue l'action nerveuse tant locale que sympathique de l'estomac.

C'est par cette source que débutent les enfants, les jeunes filles ainsi que tous les malades qui redoutent l'action trop énergique de la Raillère.

Le Petit-St-Sauveur de Cauterets est un agent de thérapeutique des plus précieux, puisqu'il réunit les *propriétés toniques* et *reconstituantes* qui appartiennent aux Eaux Sulfureuses en général, aux *qualités sédatives* et *antispasmodiques spéciales* qu'il doit à sa composition chimique et à sa thermalité, qualité que l'on ne retrouve ordinairement pas dans la médication sulfureuse ; c'est ce qui différencie essentiellement la Source du Petit-St-Sauveur de Cauterets des 24 autres sources de cette station en lui imprimant un *caractère clinique absolument particulier.*

Le Petit-St-Sauveur régularise la fonction nerveuse en amenant une rénovation organique.

LE MANGANÈSE DANS LE TRAITEMENT DE CERTAINES FORMES D'AMÉNORRHÉE ET DE MÉTRORRHAGIE

Le Dr Franklin a été amené, par de nombreuses observations personnelles, à considérer le manganèse comme un stimulant direct de l'utérus et de ses annexes. Il relate à l'appui de sa théorie plusieurs observations ; nous nous bornons à analyser les deux suivantes :

Une jeune femme tuberculeuse, âgée de 18 ans, n'était plus réglée depuis quatre mois; le manganèse fut donné à titre d'essai en concomitance avec le traitement de la phthisie. Les règles revinrent au bout d'une semaine.

Une autre femme de 24 ans, souffrait depuis quelques années de troubles graves dans la digestion, et de plus était très mal réglée ; le flux menstruel était très abondant pendant une semaine ou deux, diminuait un peu ; puis, sans cause appréciable, coulait de nouveau avec profusion, ou bien quelquefois cessait complètement. La perte de sang ne causait aucune douleur à cette femme, mais l'avait rendue faible et anémique. On fit prendre à la malade, tous les soirs en se couchant, 10 centigrammes de permanganate de potasse, dissous dans un demi-verre d'eau tiède : le médicament fut bien supporté par l'estomac. Quelque temps après, les troubles menstruels disparurent, et depuis la malade a été réglée trois fois d'une façon normale.

Chez les jeunes filles qui sont mal réglées dans les premiers mois de la menstruation, quand cette irrégularité est simplement causée par la faiblesse naturelle des organes de la génération développés seulement en partie, le manganèse semble posséder les propriétés stimulantes requises pour exercer une action salutaire. Un cas remarquable de ce genre est celui d'une jeune fille qui n'avait été réglée qu'une fois. Depuis huit mois le flux menstruel n'avait pas reparu. La mère, alarmée, consulta le Dr Franklin ; celui-ci ordonna le permanganate de potasse à la dose de 10 centigrammes par jour et pris en trois fois. Au bout d'une semaine, la jeune fille fut réglée pour la seconde fois de sa vie.

Quand on prescrira le permanganate de potasse (la préparation la plus convenable pour administrer la manganèse), il faudra avoir présent à l'esprit quelques points d'une grande importance. La préparation prise sans être diluée produit sur l'estomac un effet fâcheux auquel

on peut obvier en l'administrant quand l'estomac est rempli — immédiatement après avoir mangé — ou bien encore on la dissout dans une grande quantité d'eau. Quand on prescrira le permanganate de potasse sous forme de pilules, on devra se rappeler que les excipients dont se servent ordinairement les pharmaciens se combinent spontanément avec cette substance. Parmi ces excipients on peut citer un mélange de vaseline, de paraffine et de kaolin.

Le Dr Franklin a trouvé que les capsules de gélatine étaient la manière la plus convenable d'administrer le permanganate de potasse.

(*The Medic. Record* et *Médecin praticien.*)

MOYEN DE PRÉVENIR LA DÉCHIRURE DU PÉRINÉE

Par Al. Duke (Dublin).

Un phénomène dans l'accouchement naturel a toujours frappé l'auteur, c'est la lenteur mise par la nature pour la dilatation de l'orifice utérin, comparée avec la rapidité avec laquelle au contraire le périnée va être obligé de se prêter au passage du fœtus. Ordinairement des heures sont accordées à l'accomplissement du premier phénomène, tandis que quelques minutes seulement sont dévolues au second. Il y a là évidemment une défaveur pour le périnée, et qui doit être incriminée dans les nombeuses déchirures de cette région qui se font sous l'influence de l'accouchement.

Le docteur Al. Duke a pensé qu'il était possible de remédier à la précipitation de la nature en pareil cas en préparant, en commençant la dilatation périnéale avant l'arrivée de la tête fœtale, de manière à ce que celle-ci trouve la besogne à peu près faite et n'ait plus qu'à l'achever. Dans ce but, la femme étant dans la position anglaise, c'est-à-dire dans le décubitus latéral gauche, alors que la période de dilatation est en train de s'achever, l'accoucheur de Dublin introduit, au moment de chaque contraction utérine, soit le pouce de la main gauche, soit deux doigts de la main droite dans le vagin, et il déprime fortement le périnée en le repoussant vers le coccyx. Cette manœuvre est répétée à chaque douleur de la femme (1).

(1) Cette manœuvre à laquelle j'ai recours très souvent a en outre pour effet d'activer les contractions utérines qui deviennent plus persistantes et

L'auteur dit avoir obtenu les meilleurs résultats de cette méthode et empêché, grâce à elle, presque sûrement la déchirure du périnée.

(*Bull. gén. de thérap.*)

DE L'EMPLOI DE L'HYDROBROMÉTHYLE ANESTHÉSIQUE PENDANT LA PARTURITION

Par Wiedmann.

Dans une leçon sur les anesthésiques : chloroforme, éther, protoxyde d'azote, hydrobrométhyle, le professeur Wiedmann, de Saint-Pétersbourg, conclut à la supériorité de ce dernier en tant qu'anesthésique à employer dans l'accouchement, en se fondant sur les considérations suivantes :

L'hydrobrométhyle ou éthylbromide, liquide clair et volatil, est de plus doué d'une odeur agréable.

Lebert (1), qui l'a mis en usage dans les accouchements laborieux, dit l'avoir toujours vu soulager les douleurs sans faire courir aucun danger évident à la mère ou à l'enfant, car l'anesthésie qui résulte de son inhalation est plus facilement contrôlable que celle du chloroforme. La patiente n'a pas besoin d'être complètement inconsciente.

L'hydrobrométhyle possède une action plus rapide que celle du chloroforme ; pour obtenir un état d'anesthésie moyennement marqué, il suffit de quelques minutes, et il n'est pas nécessaire pour en obtenir quelques résultats que la narcose soit profonde. Il faut même éviter de pousser cette anesthésie trop loin ; la malade doit être encore capable de répondre clairement et distinctement aux questions qui lui sont adressées. Ce degré est parfaitement suffisant pour rendre l'accouchement tout à fait insensible.

L'état de conscience n'est pas incompatible avec l'état d'insensibilité pour la douleur que l'on peut réaliser avec l'hydrobrométhyle, tout en laissant la malade parfaitement en état de répondre aux questions et d'exécuter les ordres de l'accoucheur.

La durée du travail n'est pas augmentée comme cela a lieu pour le chloroforme. Dans les quelques cas où l'auteur a employé l'hydrobrométhyle, il n'a pas vu survenir ces hémorrhagies post-partum par

plus énergiques ; elle est assez douloureuse pour que plus d'une femme ne puisse pas la supporter.

(1) *Archives de Tocologie*. Juin 1882.

inertie secondaire comme cela arrive pour le chloroforme, et sous ce rapport le premier anesthésique est bien supérieur au second.

Rabuteau, dans son *Compte rendu de Tocologie*, 1883, n° 26, dit que l'action de l'hydrobrométhyle se prolonge moins que celle du chloroforme, et que le patient supporte mieux l'inhalation de ses vapeurs, qui sont moins irritantes, que celles du chloroforme.

Les contre-indications sont, d'après Rabuteau, les mêmes que celles du chloroforme ; les cas observés par le docteur Wiedmann ne sont pas encore assez nombreux pour lui permettre d'établir les indications et contre-indications du nouvel anesthésique ; toutefois, il croit pouvoir présager à l'hydrobrométhyle un avenir brillant comme hypnotique à employer non seulement dans les dystocies, mais encore dans les parturitions normales.

(*L'Union médicale.*)

DILATATION UTÉRINE ET THÉRAPIE INTRA-UTÉRINE

Par H. Fritsch, de Breslau (*Deut. med. Zeit.*)

Depuis un certain temps, la dilatation de la matrice et la médication utérine sont devenues tellement à la mode que, sans distinguer les indications, on y recourt pour toute maladie utérine. Le Dr Fritsch, dans un travail très raisonné, étudie les indications de la médication intra-utérine.

1er groupe. *Utérus vierge: hypersécrétion de la muqueuse, mucosités d'un aspect vitreux, non purulentes, stérilité, dysménorrhée.* — La méthode ordinaire, suivie, dans ces cas, consiste dans l'enlèvement de la muqueuse utérine au moyen de la curette. Cette pratique est absurde : un raclage léger ne produit autre chose qu'une petite saignée locale, tandis qu'un raclage énergique détruit la muqueuse et empêche l'implantation de l'œuf. La méthode antiseptique permet de faire ces opérations impunément : de là, ces statistiques stupides qui chantent à l'envi que l'opération n'a pas été suivie de fièvre ni de paramétrite. Mais qu'est-ce que cela prouve ? Rien, absolument rien, tant qu'on n'a pas démontré que le raclage était nécessaire ou utile. Toutes ces opérations, toutes les mutilations violentes qu'on fait subir de nos jours à la matrice sont un mal ou un abus contre lequel Fritsch croit de son devoir de protester avec indignation. Pour éloigner la sé-

crétion muqueuse, il suffit de faire de petites incisions à l'orifice externe de la matrice et de continuer durant un certain temps des injections intra-utérines d'acide phénique 2-3 % (Schultze). Il est inutile, en général, de recourir à la curette : en dilatant légèrement l'orifice utérin au moyen de bougies de faible calibre, on arrive assez facilement à introduire le cathéter-utérin.

Les cas ne sont pas rares, où, par l'usage de ces moyens simples, on arrive à faire cesser au bout de peu de temps et la dysménorrhée et la stérilité.

2e groupe. *Symptômes de métrite chronique, écoulement abondant de mucus : utérus vierge ou non.* — S'il existe des érosions du col avec hypertrophie : il faut commencer par les caustiques (acide nitrique fumant) ou les astringents, qui réussissent rapidement. Souvent il s'agit d'un infarctus utérin, d'une involution utérine incomplète après un avortement ou un accouchement à terme. Les irrigations avec l'eau chaude, une solution de seigle ergoté, etc., conviennent parfaitement dans ces cas.

S'agit-il d'une affection syphilitique ou blennorrhagique de la matrice, il ne faudra recourir à la dilatation, au moyen des bougies, que pour autant qu'on ne puisse pas introduire directement le cathéter utérin. Les lavages répétés et abondants des parois internes de la matrice, ainsi que la cautérisation, sont parfaitement indiqués.

3e groupe. *Il existe une métrorrhagie.* — Ces cas se rapportent en général au 2e groupe : il s'agit d'un défaut d'involution. Si par l'examen bimanuel, par le cathétérisme de l'utérus, on ne découvre rien qui explique l'hémorrhagie, on recourt aussitôt aux injections de perchlorure de fer. Une dilatation préalable de la matrice n'est pas nécessaire ; on pourra introduire facilement dans la matrice la seringue de Braun. Il va sans dire que toujours il faudra procéder d'après les règles de l'art et n'injecter le perchlorure de fer qu'après avoir lavé et désinfecté la matrice et le vagin.

Si l'on soupçonne l'existence d'un polype utérin ou d'un reste des membranes ou du placenta, on fera bien d'essayer d'abord d'introduire l'index de la main droite pendant que la main gauche s'appuie sur le fond de la matrice et d'enlever de cette façon la cause du mal. Si l'on ne peut réussir de cette manière, la curette flexible de Sims pourra rendre de grands services tant au point de vue du diagnostic que du traitement. Ce n'est que dans des cas rares qu'il faudra re-

courir à la dilatation forcée ou sanglante de la matrice, quand les autres moyens préconisés ont échoué.

(*Bulletin de la Société de médecine du Nord.*)

UNE NOUVELLE OPÉRATION POUR LA GUÉRISON DES DÉPLACEMENTS UTÉRINS.

Les Drs Alexander, de Liverpool, et Adams, de Glasgow, ont imaginé, pour remédier aux prolapsus et aux rétroflexions utérins, de faire une incision sur les anneaux inguinaux externes, où l'on peut saisir les ligaments ronds, et d'attirer ces ligaments doucement en dehors.

Le Dr Alexander donne le résultat de dix cas de déplacements de la matrice, et, sauf une exception, toutes les opérées sont bien et ont été soulagées des symptômes douloureux occasionnés par la maladie.

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une femme atteinte d'une rétroversion manifeste et souffrant d'accès épileptiques d'une grande intensité. Un mois après l'opération, elle peut quitter l'hôpital guérie, non seulement de son affection utérine, mais encore de ses accès épileptiformes. Elle avait auparavant souvent cinq accès par jour. Depuis elle est devenue enceinte et la suite de sa grossesse montrera quelle influence le raccourcissement des ligaments peut avoir sur la grossesse. Elle est au cinquième mois.

Il est curieux que deux médecins se soient rencontrés sur un pareil sujet et qu'ils aient eu tous deux la même idée. En tout cas, l'opération paraît simple, et si les guérisons se maintiennent, elle peut être appelée à un avenir assez brillant.

(*Liverpool med, chirurgical Journal.— The Glascow Journal*, March 1883.)

FORMULAIRE

De l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des affections utérines (J. Chéron).

Je mets de côté le traitement des hémorrhagies par le perchlorure de fer et je ne m'occupe de l'emploi de ce médicament que dans le traitement des leucorrhées, de la congestion utérine et de la métrite.

Le perchlorure de fer a une action astrictive qui, en s'exerçant sur le col de l'utérus, tendra à diminuer son volume et par conséquent à diminuer la quantité de lymphe et de sang en circulation dans cet organe; par suite, il diminuera aussi les sécrétions morbides, puisque les glandes seront moins alimentées ainsi que les bourgeons charnus qui fournissent parfois du pus en abondance.

C'est en attouchements, en pansements et injections que le perchlorure de fer peut être employé avec avantage.

Sur les ulcérations, on l'applique avec précaution avec un pinceau, de façon qu'il ne fuse pas dans les culs-de-sac, et on sature l'excédent avec le carbonate de chaux. Il modifie rapidement les surfaces desquamées et favorise la réparation épithéliale.

Sous la forme de pansements, c'est uni à la glycérine qu'il importe de l'employer.

La formule dont nous faisons usage est la suivante :

Glycérine neutre........ 300 gr.
Perchlorure de fer....... 6 gr.

Imbiber un tampon d'ouate qu'on applique sur le col et qu'on laisse en place pendant 6 ou 8 heures.

En injection, j'emploie la formule suivante :

Perchlorure de fer à 30 degrés... 20 gr.
Glycérine...................... 100 gr.
Eau distillée.................. 200 gr.

Une ou deux cuillerées à soupe par injection d'eau tiède.

Le perchlorure de fer est un médicament très énergique, dont l'emploi a été négligé en gynécologie ; il importe d'en étendre l'usage.

Je rappellerai, pour mémoire seulement, que le professeur Cautani, en Italie, l'a employé avec avantage, associé au sirop de gomme, en injections intra-utérines, pour modifier la muqueuse de cet organe, dans les cas de métrorrhagie, due à des granulations ou à des fongosités.

Directeur-Gérant, D[r] J. CHÉRON.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

4e LEÇON

DERNIÈRES CONSIDÉRATIONS SUR LES RÈGLES. — DE LA GESTATION. — SES PREMIERS SIGNES DANS DIVERS PAYS.

Messieurs,

Pour compléter ce qui nous reste à dire sur la menstruation, je dois ajouter que la quantité de sang perdu varie, comme l'apparition des règles elles-mêmes, plutôt d'après la latitude que d'après la race.

Du reste, cette quantité est fort difficile à apprécier et diffère d'ailleurs suivant les individus. Burdach l'estime, en moyenne, pour les pays froids à 90 gr. ; pour les tempérés de 150 à 180 gr. ; et pour la zone torride de 360 à 600 gr.

Quant à la ménopause ou *âge critique*, cette époque est trop en rapport avec la santé de chaque individu pour en tirer un indice quelconque au point de vue des races.

Cependant, on peut dire, d'une manière générale, qu'en Occident elle arrive entre 40 et 50 ans, tandis que les femmes de l'Orient, malgré leur sénilité précoce, voient encore leurs règles jusqu'à 40 et parfois même 45 ans !

Nous avons déjà dit qu'à la période menstruelle, chez la femme, correspondait, chez les autres mammifères, le *rut* ou période des chaleurs.

Nous savons aussi que les femelles qui n'ont pas d'écoulement de sang périodique n'en ont pas moins, à chaque époque de rut, un écoulement glaireux et une turgescence plus ou moins forte des organes génitaux externes.

En outre, la jument devient chatouilleuse, difficile à conduire ; dans les régiments, les vétérinaires désignent les juments en cet état sous le nom de *pisseuses*. La vache manifeste son inquiétude par des beuglemeuts plaintifs. Quand le troupeau est sorti, elle monte sur les autres vaches. On dit alors qu'elle est taurellière. Chez la brebis, ces phénomènes sont généralement peu marqués. La truie, animal ordinairement peu sociable, se prête plus volontiers aux caresses et fait alors entendre des petits grognements de satisfaction. Nous avons parlé des signes extérieurs se montrant chez la chienne à l'époque dite des folies, ou de la chasse. C'est alors que l'odeur de l'écoulement chez cette femelle amène autour d'elle une véritable meute de mâles qui la suivent avec persévérance souvent au grand mécontentement du propriétaire de la bête. La chatte enfin, par ses miaulements et ses courses, attire tous les matous du voisinage.

Lorsque, après un coït fécondant, la conception a eu lieu, la femme, comme les autres mammifères, entre dans un état nouveau, l'état de grossesse chez la première ou de *gestation* dans toutes les espèces, lequel état est variable de longueur et généralement en sens inverse du nombre des petits.

Ce sont presque toujours les petites espèces qui ont les produits les plus abondants à chaque portée et qui, en raison de ce que nous venons de dire, portent moins longtemps que les grandes.

La durée de leur vie est aussi moins longue, et les causes extérieures de destruction agissent plus fréquemment sur elles.

Le tableau suivant donnera une idée de la durée de la gestation dans un bon nombre d'espèces, ainsi que la quantité de leurs petits à chaque portée.

DURÉE DE LA GESTATION DANS LES DIFFÉRENTES ESPÈCES DE MAMMIFÈRES.

ESPÈCES	DURÉE	REMARQUES	NOMBRE DE PETITS
Femme de toutes races....	9 mois.	En moyenne 270 jours.	1 (grossesse gémellaire rare).
Jument	11 »	Variable entre 10 et 12 mois.	1
Vache	9 »	Variations fréquentes et étendues.	1
Chèvre et brebis..........	5 »	.. ..	2 chez la chèvre, 1 chez la brebis
Truie	4 »	....	4 à 5
Lapine et lièvre..........	1 »	....	3 à 4
Chienne et chatte........	2 »	....	4 à 5, quelquefois 6.
Souris et autres petits rongeurs.......	3 semaines.	....	10 à 15
Furet, belette et petits carnassiers............. .	6 »	....	6 à 8
Lionne..................	4 mois.	Plus souvent 14 semaines (3 mois 1/2).	4 à 5 (malgré la grosseur).
Chevrette à l'état sauvage.	6 »	....	2
Biche....................	9 »	Plutôt un peu moins.	1
Phoque..................	9 »	Comme la femme	1
Chamelle................	11 »	Quelques jours en plus.	1
Girafe	15 »	....	1
Eléphant...........	25 »	C'est-à-dire plus de 2 ans !	1
Singes { Maki.............	4 »	1 semaine en moins.	1 { grossesse gémellaire plus rare que chez la femme.
Singes { Macaque rhœsus..	6 mois 1/2	....	1
Singes { » maimon.	8 » 1/2	....	1
Anthropoïdes	comme la femme	....	1

Une fois la fécondation accomplie dans l'espèce humaine, la menstruation cesse à l'état physiologique. Dans les autres espèces, c'est le rut qui prend fin. Mais si la femelle avait été couverte sans que la fécondation ait eu lieu, ce qui est assez fréquent, les folies continuent et la femelle recherche encore le mâle. Quelquefois, cependant, l'imagination s'en mêle et on a vu des chiennes, animal qu'il nous est plus facile d'observer, deux mois après le rapprochement sexuel, chercher une place pour déposer leurs petits, s'y coucher, attendre et même se prêter à un allaitement imaginaire. Dans cet état, si l'on vient à chercher les mamelles de la chienne, on les trouve gonflées, turgescentes, mais sans contenir un véritable lait.

Chez certaines femmes hystériques des phénomènes analogues se rencontrent quelquefois; ils ont été décrits par les accoucheurs sous le nom de grossesse nerveuse ou fausse grossesse.

Nous avons dit que la durée moyenne de la grossesse chez la femme était de 270 jours dans toutes les races. Chez certaines individualités il peut y avoir un écart de quelques jours en moins ou en plus. Mais rarement on a vu la grossesse durer au-delà de 290 jours. Dans sa sagesse la loi accorde 300 jours aux veuves, après le décès de leur mari, pour faire légitimer un enfant posthume. D'après le docteur Mondière les femmes de l'extrême Orient verraient se terminer leur grossesse dans les limites tout à fait physiologiques des 270 jours indiqués. Mais on comprend combien il est difficile d'estimer la durée d'une grossesse à quelques jours près, puisque la conception n'est pas toujours en rapport immédiat avec le coït fécondant, et qu'un intervalle de plusieurs jours peut exister entre eux.

Nous avons vu dans le tableau précédent que la femme n'avait généralement qu'un enfant à la fois et que les grossesses gémellaires étaient rares dans l'espèce humaine. Des exceptions existent cependant et, dans certains pays, l'Irlande, la Pologne, par exemple, pour ne parler que de l'Europe, les grossesses bi, tri, et même quadrigémellaires se rencontreraient encore assez fréquemment, sans qu'on puisse donner une raison plausible de cette particularité.

Bien que ce fait se passe dans des pays pauvres, je crois qu'il y a là une influence ethnique et que la pauvreté qui a été invoquée comme une cause de multiplicité d'enfants ne saurait avoir la même influence sur le nombre de jumeaux. Dans l'Indo-Chine, M. Mondière nous apprend que l'arrondissement de Beutré fournit à lui seul 60 0/0 de grossesses gémellaires, alors que dans le reste de la contrée elles sont excessivement rares. Ces sortes de grossesses seraient aussi assez fréquentes au Cambodge.

Il n'y a aucun rapport à établir entre les grossesses multiples et la fécondité en général. Ainsi, dans la race nègre, qui est très féconde, les grossesses gémellaires sont rares.

En Europe, on reconnaît généralement que ce sont les Allemands et les Anglais chez lesquels la fécondité des unions est la plus élevée, sans qu'on y remarque davantage de grossesses doubles, sauf pour l'Irlande où les grossesses simples sont également nombreuses.

Il me serait impossible, Messieurs, de vous faire connaître avec exactitude le degré de fécondité des unions légitimes ou illégitimes par races, par peuples ou même par climats.

Un temps viendra où l'exemple donné par la France se propagera et où des bulletins de statistiques, comme ceux qui sont publiés par M. Bertillon, nous feront connaître dans chaque pays l'état des naissances et des décès, car c'est encore un élément qu'il ne faut pas négliger que les décès, si l'on veut obtenir les notions nécessaires pour apprécier le dégré de prospérité d'une nation ou la vitalité d'une race. Les Etats-Unis d'Amérique possèdent ces statistiques, et c'est encore là un des pays où la fécondité des unions est considérable; mais, composée de plusieurs races, la population des Etats-Unis ne peut nous fournir de documents comparatifs utiles pour résoudre la question qui nous occupe.

Dans notre France, on accuse une progression très lente de la population qui paraît nous placer dans un état d'infériorité en face des races anglo-germaines. Je crois qu'il faut voir en cela, non pas une influence ethnique, mais plutôt une influence religieuse et sociale.

Le protestantisme pratiqué par les Allemands et les Anglo-Saxons

avec plus de rigueur que nos populations ne suivent le catholicisme, met un frein à cette déplorable habitude, qui se repand même dans nos campagnes, de limiter aux ressources qu'il peut avoir le nombre des enfants d'un ménage. La preuve que la race Française est encore pleine de vie et féconde, c'est le nombre assez grand des familles de province restées fidèles à la vie patriarcale chez lesquelles, ni le bien-être, ni le luxe avec ses conséquences, n'a empêché d'avoir six à huit enfants. Il en est de même au Canada où les familles françaises sont, pour le moins, aussi fécondes que les familles anglaises.

D'une manière générale, la fécondité est plus grande dans les pays froids que dans les pays chauds. Dans ceux-ci, d'ailleurs, la précocité des mariages ou des unions sexuelles est contraire à la fécondité (voir nos tableaux statistiques).

Néanmoins en Sénégambie on voit fréquemment les ménages avoir 5 à 6 enfants (Thévenod). A Ardra, ils n'en ont en moyenne que 2 ou 3. Dans l'Océanie la fécondité est également restreinte. Dans la Nouvelle-Calédonie, où elle est aussi peu développée, Patouillet nous apprend que les grossesses gémellaires sont à peu près inconnues. Par contre, au Bénin et sur toute la côte des esclaves non seulement les femmes sont très fécondes, mais encore les grossesses de jumeaux s'y observent souvent (Feris).

Chez les peuples où les femmes sont forcées d'accomplir des travaux excessifs pour leurs forces, les avortements accidentels sont fréquents et les accouchements à terme rares. De même dans les pays où se pratiquent sur une grande échelle les avortements criminels. La vie du harem, chez les mahométans, est contraire à la fécondité des unions. L'abus des rapprochements sexuels chez les jeunes mariés produit, temporairement du moins, le même résultat. L'alcoolisme dans nos populations ouvrières tend à faire diminuer le nombre des enfants. Il en est de même des mariages consanguins et de certaines maladies endémiques qui dans plusieurs pays prédisposent à l'avortement (malaria, fièvres pernicieuses). Malgré toutes les causes de dépopulation qui semblent se donner rendez-vous dans l'extrême Orient, particulièrement en Chine, les races de ces pays n'en sont pas moins très prolifiques.

Un dernier point est encore à envisager dans la question qui nous occupe, c'est de savoir quelle peut être l'influence de la polygamie ou de la monogamie sur la fécondité dans les races. Il faut avouer que cette influence est très obscure. C'est qu'en effet dans nos nations européennes, où la monogamie existe de droit, elle est loin d'exister toujours de fait ; et, d'autre part, si l'habitation du harem restreint la fécondité chez les mahométans, chez les mormons, au contraire, où existe aussi la polygamie, mais où la femme vit à l'état libre, la natalité est, dit-on, considérable.

Quoi qu'il en soit de toutes ces considérations, chez tous les peuples la fécondité est en honneur, ce qui n'empêche pas dans les pays civilisés la pratique du *moral restreint*; chez les nations barbares l'avortement et quelquefois même l'infanticide ; chez quelques nations nègres enfin et chez les Arabes la recherche des femmes de forte corpulence, persuadés qu'ils sont que l'obésité chez la femme est une cause de stérilité (Bertherand).

DES PREMIERS SIGNES DE LA GROSSESSE DANS CHAQUE PAYS.

Il est clair que trop peu de différences anatomiques existent dans les diverses races humaines pour que les signes de la grossesse ne soient pas à peu près partout les mêmes.

Mais chaque pays ayant sa méthode pour reconnaître ces signes, je dois, Messieurs, m'arrêter quelques instants sur la manière de les apprécier dans les diverses contrées du globe.

Il est certain qu'en Europe, en Amérique, et partout où la science obstétricale a suivi le mouvement ascensionnel des autres sciences, les méthodes portent surtout sur la connaissance des signes certains (mouvements actifs, bruits du cœur) auxquels on ajoute les signes de probabilité. Mais dans les contrées où les accouchements sont abandonnés à des matrones qui ne suivent qu'un grossier empirisme, dans celles où un charlatanisme ignorant repousse toute investigation physique pour n'admettre que des appréciations sans bases sérieuses, à peine les signes de probabilité et ceux appelés par Dubois de présomption entrent-ils en ligne de compte.

Ainsi, en Europe et en Amérique, les accoucheurs comptent parmi les troubles fonctionnels du début de la grossesse, les modifications de la *menstruation*, des *digestions*, des *secrétions*, de la *circulation*, de l'*innervation* et de la *respiration*.

La menstruation est ordinairement supprimée, mais on sait que parfois elle peut persister pendant les premiers mois ou du moins des pertes qui reviennent soit aux époques menstruelles, soit dans leur intervalle. On sait aussi que certaines femmes peuvent devenir grosses sans être réglées (aménorrhées, nourrices) ou l'étant irrégulièrement, douloureusement (dysménorrhée).

Au vieux Calabar et dans presque toutes les nations même les plus arriérées les matrones savent bien qu'une femme qui n'a plus ses règles est enceinte, mais elles ne savent pas qu'une femme pourrait être enceinte tout en voyant encore son sang d'une façon intermittente; ou elles ne pourraient soupçonner une grossesse chez une fille qui ne serait pas réglée du tout.

Et il en est de même dans beaucoup d'autres pays.

Quant aux troubles digestifs, qui consistent, comme on sait, dans les pays civilisés en nausées, en vomissements, constipation, quelquefois diarrhées, appétit bizarre, déréglé, etc. Il n'en est question dans aucun pays ou l'enfantement est considéré comme une fonction naturelle.

Du côté des sécrétions, cependant, et notamment du côté du développement de la glande mammaire et des diverses dispositions du pigment cutané, les matrones de l'Afrique, celles de l'Asie, et jusqu'aux indigènes eux-mêmes savent reconnaître, non seulement la turgescence du sein, mais même celle du mamelon et la coloration de son aréole.

C'est cette raison qui fait que les nègres du Soudan occidental et du centre de l'Afrique se sont toujours opposés à ce que leurs femmes et leurs filles missent des robes qui leur cachassent le sein, car dans ce cas ils ne pourraient se rendre compte par la vue du commencement d'une grossesse, et, d'après Archibald Hervan, il paraîtrait qu'ils apprécient l'utilité de ce diagnostic (Edimb. M[l] J[l], 1884).

En Cochinchine la continuation des règles pendant la grossesse

serait excessivement rare ; mais, par contre, les troubles digestifs, et en particulier les vomissements se présenteraient assez souvent au début d'une gestation. (Mondière).

En Chine, chez les Hindous et même chez les Arabes, bien déchus aujourd'hui de leurs anciennes connaissances médicales, les sages-femmes sont incapables de reconnaître une grossesse, avant l'apparition des signes certains.

Il faut avouer, du reste, que, même en Europe, tout en réunissant les signes de présomption et ceux de probabilité, c'est à peine, si, dans quelques cas douteux, nous oserions nous prononcer si nous n'avons perçu les mouvements actifs et passifs du fœtus ou entendu les bruits du cœur.

En Chine, au Tonkin, et chez les Annamites, on attache moins d'importance aux troubles de la sécrétion qu'en Afrique.

Chez quelques peuples de ce dernier continent, en effet, les maris jaloux, et ils sont nombreux chez les nègres, lorsqu'ils ont de bonnes raisons de croire qu'ils ne sont point les auteurs de la grossesse de leurs femmes, soumettent celles-ci à de cruelles épreuves dont les plus vertueuses ne se tirent pas toujours avec succès. C'est ainsi que Battel, dans l'*Histoire générale des voyages* (t. XVI, p. 379), raconte qu'au Loango, « lorsqu'une femme du roi devient grosse, toute la sagesse de sa conduite n'empêche pas qu'on ne fasse avaler le poison d'épreuve (*bonda*) pour elle à quelque esclave. Si ce dernier succombe, la femme est brûlée vive et son complice enterré vivant. »

Mais en Afrique comme en Europe, il est avec le ciel des accommodements. Les prêtres (devins ou sorciers) chargés de préparer le poison d'épreuve, sont très accessibles aux cadeaux que la malheureuse femme devra faire proportionnellement à sa fortune. pour se tirer de ce mauvais pas.

Quant aux Chinois, avec la vanité qui caractérise cette nation, les médecins ont la prétention de diagnostiquer et de déterminer l'époque d'une grossesse, des complications, l'état de souffrance ou de vie du fœtus, par l'examen du pouls et de la langue de la mère.

A la turgescence du sein, comme signe de grossesse, les nègres

ajoutent le brunissement de l'aréole qui devient plus noire encore qu'à l'état normal et surtout un changement ethnique remarquable dans ces races qui consiste en une coloration blanc cendré de la face et de la partie supérieure de la poitrine avec mélange de taches jaunâtres qui remplacent sans doute chez eux les éphélides de la race blanche (masque).

Nous n'avons aucun renseignement sur la coloration de la ligne brune ventrale qui doit se confondre dans la couleur noire générale de la peau, sur la sécrétion des glandes salivaires et vaginales, pas plus que sur les produits anormaux de l'urine pour l'étude desquels je vous renvoie à mon *Manuel pratique de l'art des accouchements* (Paris, 4e édition).

Il est probable que les modifications dans la circulation sont les mêmes dans toutes les races et que l'hyperthrophie du cœur, l'abaissement des chiffres des globules rouges du sang, la stase sanguine dans les veines et les capillaires des membres inférieurs se rencontrent chez toutes les femmes et dans tous les climats, sauf pourtant dans la race nègre où, d'après Chassaniol, les varices sont rares malgré le développement très considérable de l'appareil veineux.

Il doit en être de même des troubles mécaniques de la respiration. Il faut toutefois tenir compte que dans les pays incivilisés, si un travail excessif est imposé aux malheureuses femmes enceintes sans égard pour leur état, d'un autre côté, ces femmes ne portent ni corsets, ni jarretières, ni ceintures qui puissent gêner la circulation, favoriser la stase sanguine des extrémités et s'opposer mécaniquement à l'expansion des mouvements respiratoires.

Quant aux troubles de l'innervation qui jouent un rôle si important chez nos femmes d'Europe et se transforment trop fréquemment en névroses, ils sont peu marqués dans la race nègre, où de fait on ne rencontre presque jamais l'éclampsie pendant le cours de la grossesse, mais chez laquelle, en revanche, on trouve le tétanos à la suite des couches. La chorée ne paraît pas exister, en Afrique du moins, comme complication de la grossesse, et ne peut en conséquence être considérée comme un signe même de présomption dans les grossesses douteuses.

Dans la prochaine leçon, Messieurs, nous étudierons les signes probables et les signes certains de la grossesse considérés dans les races.

(*A suivre*).

DES AFFECTIONS NERVEUSES

ET AUTRES MALADIES AUXQUELLES LES FEMMES SONT SUJETTES AU DÉCLIN DE LA VIE

Par Edward John Tilt.

Traduction du Dr R. FAUQUEZ, *médecin adjoint de Saint-Lazare*

Annotée par le Dr J. Chéron.

CHAPITRE VII.

MALADIES DU CERVEAU.

(*Suite.*)

IV. — Impulsions irrésistibles et perversions des instincts moraux. — De même que le pseudo-narcotisme dégénère graduellement en hypochondrie, de même les symptômes de la folie sont souvent ceux de l'hystérie, à l'état intense et permanent. Des jeunes filles, douées d'un bon caractère jusqu'à la puberté, deviennent alors hargneuses, chagrines, irrésistiblement maussades et même méchantes ; n'est-ce pas là une miniature de la folie ? La loi a décrété que, pour baser une défense sur l'existence de la folie, il faut prouver qu'au moment où il a commis l'acte reproché, l'accusé ne savait pas qu'il faisait mal ; et la médecine nous enseigne qu'il est des êtres poussés irrésistiblement à commettre des actes qu'ils savent très bien être criminels ; ces actes sont accomplis sans motifs, parce que la liberté est entravée par une impulsion invincible à laquelle le malade ne peut résister. L'acte volontaire est seul punissable, dit la médecine. Mais il est si difficile de distinguer la tentation violente à laquelle on pourrait résister victorieusement, de l'impulsion irrésistible, que les juges sont ennemis de cette doctrine ; elle leur est suspecte, parce qu'elle peut servir à soustraire à l'échafaud des criminels avérés. Des considérations abstraites sur la nécessité de punir augmentent encore leur aversion pour une semblable manière

de voir. Le baron Bramwell, en résumant l'affaire Dove, aurait dit: — « Pourquoi punir? On ne punit pas un homme parce qu'il a fait du mal aux autres, mais pour détourner les autres hommes de l'imiter. C'est, suivant moi, la véritable raison et le seul objet de la punition. » Assurément, la punition des criminels a aussi pour objet d'apaiser la justice divine, et de satisfaire la société pour le mal qui lui a été causé; mais, dût l'admission inconsidérée de la théorie de l'impulsion irrésistible augmenter le nombre des criminels en diminuant les craintes de chances d'être puni, il vaudrait mieux encore laisser échapper des centaines de criminels, que de frapper un seul innocent. Qu'on ait abusé de ces impulsions irrésistibles, soit; mais je suis fermement convaincu qu'elles poussent des malheureux à commettre des crimes qu'ils abhorrent. J'ai été consulté par au moins dix femmes, tant de haute que de basse classe, qui, à l'âge critique, se lamentaient amèrement d'éprouver fréquemment des tentations de meurtre ou de suicide. Des juges ont accepté la doctrine des impulsions irrésistibles dans les cas de folie puerpérale, et s'ils admettent que l'enfantement peut les produire, ils doivent reconnaître qu'il en peut être de même à toutes les époques critiques de la vie des femmes: pendant la puberté, la grossesse, la lactation, les périodes menstruelles, et la cessation. Il est notoire que l'esprit de la femme est susceptible d'une aberration complète à la première impression produite par les organes de la génération sur le système nerveux, par l'accomplissement imparfait des fonctions menstruelles, par le coït, l'enfantement, la lactation, par certaines maladies des ovaires et de la matrice, enfin, par le choc ressenti du retrait de l'énergie ovarienne à laquelle le système était demeuré accoutumé pendant 32 ans. Voilà le cas; quel doit être le destin d'une femme qui, malheureusement, à l'âge critique, cède à une impulsion irrésistible? Les juges devraient être conséquents avec eux-mêmes, et, ainsi que dans deux cas (1) où ils ont recom-

(1) Le Gouvernement contre Brixey.—Central Criminal Court, juin 1845.—Le meurtre d'un enfant par la femme Brixey fut prouvé ; mais elle fut acquittée parce qu'on démontra qu'elle était sujette à des désordres menstruels.

Amelia G. Snoswell fut jugée à Maldstone, le 20 mars 1855, pour un crime semblable, et fut acquittée pour la même raison.

mandé au jury de rapporter un verdict de non-culpabilité envers des mères accusées d'avoir tué leurs enfants, mais qui souffraient habituellement de désordres de la menstruation, ils pourraient traiter de la même façon les crimes commis par les femmes à l'âge critique, si des attestations médicales démontraient que cette époque est pour elles une cause de trouble mental. Je m'appesantis sur ce sujet, parce que, lorsque, il y a quelques années, une dame ayant été accusée d'avoir volé des mouchoirs de poche, on plaida l'influence de l'âge critique sur son état mental, le jury ne voulut pas la condamner. La difficulté dans des cas de ce genre réside en ce que la malade ne peut accepter le bénéfice d'une interprétation humaine de la loi, sans se soumettre aux moyens sagement prévus pour empêcher les fous de commettre des crimes, à savoir : la réclusion parmi les aliénés criminels. Ce moyen, utile dans certains cas, doit être condamné jusqu'à ce qu'il ait été prouvé qu'un traitement judicieux est impuissant à détruire une forme de folie temporaire.

Je mentionnerai brièvement la plus fréquente des impulsions ingouvernables, à l'âge critique, en disant que des femmes économes jusque-là sont devenues alors dépensières, d'une façon extravagante; d'autres, au contraire, généreuses auparavant, sont devenues avares au milieu de l'abondance, parlant de se réfugier au Workhouse et de mourir sans pain.

Une dame, qui avait beaucoup souffert de mélancolie, avait, par *deux fois*, fait tuer ses *deux poneys*, parce que l'un d'eux était tombé malade.

MAUSSADERIE, OU MAUVAISE HUMEUR INVOLONTAIRE. — A la puberté et à l'âge critique, la mauvaise humeur est une des affections morales les plus communes. La malade dit souvent : « De douce et bonne, je suis devenue irascible et méchante », ou bien, je suis devenue si méchante soudainement que j'ai peur de moi-même.

Le caractère d'une femme charmante, que j'ai été assez heureux pour guérir, fut ainsi complètement changé pendant quelque temps. Le flux menstruel dura de 13 à 47 ans. Pendant le

temps d'incertitude, l'état de l'utérus nécessita l'emploi d'un pessaire; à la cessation, une irritation utérine se manifesta, accompagnée d'incontinence d'urine, de vapeurs et de transpirations. Elle était abattue, mélancolique, impatiente, querelleuse; ses domestiques ne pouvaient rester chez elle; tout lui portait ombrage. Cet état, après avoir duré deux ans environ, céda graduellement à mon traitement, et, pendant cette dernière année, il s'est remarquablement amendé. A la puberté et à la cessation, elle avait subitement grossi beaucoup.

Erotomanie. — Le désir désordonné des rapports sexuels décrit par les auteurs comme *furor uterinus*, *utoromania* et *nymphomania*, est une affection mentale, provoquée, entretenue et développée chez un nombre de femmes très restreint par l'influence morbide de l'utérus, par les affections de cet organe, et par les diverses sortes de maladies des parties sexuelles que j'ai déjà décrites; cela explique suffisamment la nécessité de les guérir.

Les Grecs considéraient l'Erotomanie comme le résultat de la colère divine contre les femmes qui négligeaient le culte de Vénus. Au moyen âge, cette maladie passait pour être une preuve de l'influence de Satan; mais aujourd'hui nous mettons avec raison celles qui en sont atteintes à un dégré intense, dans les asiles d'aliénés. J'ai déjà dit que les cas les plus graves d'érotomanie sont rares à l'âge critique; mais Brière de Boismont en a eu six dans sa maison de santé. Mathieu cite celui d'une dame de cinquante ans, et celui d'une autre à soixante. Dusourd en mentionne trois, Louyer Villermay, deux, qui se seraient manifestés après la cessation. Je ne crois pas avec Mathieu et Raubaud que cette maladie soit fréquente à l'âge critique, car je n'en ai pas rencontré un seul cas de nature grave. Il y a cependant tant de vérité dans le proverbe français — « Ce diable de quarante ans si habile à tourmenter les femmes! » — que souvent il existe un retour de passion qu'on croyait éteinte, semblable à la flamme passagère d'un feu qui se meurt. Cela explique comment des femmes prennent un mari, quand c'est un traitement qu'il leur

faudrait, et pourquoi une femme mariée qui avait été si vertueuse qu'on l'aurait crue incapable de mal faire, sacrifie quelquefois position, amis, enfants et mari, pour commencer une nouvelle existence avec un indigne vagabond. Quant au traitement, je dirai seulement qu'il convient que le médecin fasse disparaître toute irritation morbide, non seulement à l'extérieur, mais aussi dans la matrice et les ovaires; d'ailleurs, ceux qui ont à traiter des cas graves dans les asiles d'aliénés doivent se souvenir que l'examen digital ne leur permet pas de décider qu'il n'existe pas de maladie de l'utérus; ce point doit être déterminé par un examen à l'aide des instruments, la malade ayant été soumise à l'influence du chloroforme; enfin, il me semble évident que nul médecin ne peut traiter sérieusement les femmes atteintes de folie sans connaître parfaitement les maladies des femmes.

Dipsomanie. — Comme Brière de Boismont, j'ai vu quelquefois, chez des femmes maussades, un goût prononcé pour les alcools aux époques menstruelles; le même désir a été signalé chez des femmes enceintes ou en couches. Esquirol et Royer-Collard ont rencontré des femmes, dans une bonne situation de fortune, qui, toute leur vie, ont été maussades, mais qui, à l'âge critique, se sont tout à coup prises de passion pour l'eau-de-vie dont elles se sont dégoûtées ensuite. On sait que cette passion est au nombre des fantaisies causées par la grossesse ; les femmes qui s'y abandonnent savent ce qu'elles font, luttent et succombent encore. On comprendra facilement, quelquefois, que de pareils effets peuvent se produire à toutes les époques critiques sous l'influence morbide du système nerveux ganglionnaire; on doit les considérer comme des maladies que peut guérir un traitement approprié.

Kleptomanie. — Les Docteurs Taylor et Mare ont connu des malades qui, avant la puberté ou les désordres menstruels, étaient des personnes respectant la propriété d'autrui, mais qui, lors des périodes critiques, à tous risques et à tout prix, n'hésitaient pas à dérober. Le Dr Mare parle d'une dame riche qui, pen-

dant une grossesse, ne put résister au désir de voler un poulet à l'étalage d'un rôtisseur.

En 1877, j'ai persuadé un magistrat de ne pas condamner une dame à être jugée pour vol d'un mouchoir dans une boutique où elle avait l'habitude d'acheter.

C'était la femme d'un major et, comme circonstances atténuantes, elle avait eu la fièvre cérébrale à la Jamaïque et portait sur le crâne une grande cicatrice résultant d'une incision qu'on avait faite pour la guérir.

Pendant les trois derniers mois, sa conduite avait été si étrange que le docteur avait averti son mari de ne pas la laisser seule. Elle avait 47 ans et le flux menstruel s'était arrêté depuis deux mois.

Manie homicide. — Cette impulsion irrépressible a été admise devant les tribunaux anglais, qu'elle se manifeste pendant les désordres menstruels, pendant la grossesse ou l'état puerpéral. Je ne peux citer aucun cas à conséquences graves qui se soit produit à l'âge critique, bien qu'une de mes malades ait prétendu qu'elle était toujours tentée de tuer ses petits-enfants, et n'osait dîner avec eux, « à cause des couteaux ».

Manie, suicide. — Hippocrate rapporte que le suicide était épidémique parmi les jeunes femmes de Milo, pendant les désordres de la menstruation. Brière de Boismont a observé cette manie à la puberté et à l'âge critique. De ses recherches statistiques sur le suicide en France, il ressort que, sur quatre suicides, un est commis par une femme, trois par des hommes; quant à l'âge, sur 5,960 femmes suicidées dans la France entière, 1,111 se trouvent avoir de 40 à 50 ans; 1,026 de 50 à 60; 992 de 20 à 30. Les capitales sont quelquefois des exceptions, car le même observateur a trouvé que sur 1,380 femmes suicidées, à Paris, le plus grand nombre, 343, avaient de 20 à 30 ans, et 241 de 40 à 50 ans. Mais, sauf sur ce champ de bataille des passions, on doit conclure qu'en général les femmes mettent fin elles-mêmes à leurs jours, entre 40 et 50 ans, plutôt qu'à un autre âge. Beaucoup m'ont dit

avec une expression d'angoisse impossible à décrire, qu'elles éprouvaient « des sensations si étranges dans la tête, un trouble, une horreur si profonde, qu'elles se tueraient volontiers pour ne pas devenir folles » ; l'une d'elles s'est noyée dans une citerne.

Démonomanie. — Quand le peuple croyait fermement à l'influence de Satan, les fous se croyaient souvent possédés du démon ; aujourd'hui ils ont avant tout peur des gens de police. Le seul cas de démonomanie que j'aie vu est celui d'une dame, à l'âge critique. Elle attribuait ses douleurs utérines au diable qui avait fait élection de domicile dans son ventre; cette folie passa avec l'état maladif. Le Dr Conoly rapporte un cas analogue, et, en analysant le remarquable travail d'Esquirol sur la *Démonomanie*, je suis frappé de ce que, comme les précédents, tous ces cas se rapportent à l'âge critique. Une malade, 46 ans, croyait que le diable lui avait attaché une corde du sternum au pubis ; une autre, 49 ans, très saine d'esprit jusqu'à 40, s'imaginait que le diable était dans sa matrice. Une troisième, 48 ans, déclarait qu'il s'était logé dans les os du bassin. Une quatrième, 57 ans, nerveuse, devenue folle à 52, lors de la cessation, prétendait que le diable était le père de ses enfants. Une cinquième croyait avoir signé un pacte avec le diable, folie qui avait commencé par la manie puerpérale.

Tentation de tromper. — La faculté de tromper est remarquablement plus développée chez la femme que chez l'homme. Celui-ci, quand, par exemple, il mendie ou veut échapper au service militaire, déploie une grande habileté de tromperie, mais il y a un intérêt ; celle-là, au contraire, se plaît à tromper pour tromper. On ferait un gros volume des faits authentiques où des femmes ont sciemment menti pour provoquer l'intérêt en leur faveur, et il n'y aurait rien de commun avec l'histoire de celles dont la santé souffrait de troubles menstruels ou de dérangements hystériques. Ainsi, en faisant la part du mensonge, il reste un grand nombre de cas où les malades se sont trompées et n'ont eu nullement l'intention de tromper les autres, même au moyen des plus affreuses accusations. On sait que des femmes irréprocha-

bles, atteintes de folie puerpérale, se sont accusées d'avoir eu des relations coupables avec des gens qu'elles connaissaient à peine ou même pas du tout. J'ai vu des femmes rendues à la raison après avoir été aliénées à l'âge critique, apprendre avec horreur ce dont elles s'étaient accusées.

Apoplexie et hémiplégie. — Malgré l'assertion contraire de Dusourd, les femmes sont peu sujettes à l'apoplexie, à l'âge critique. Je vais citer une observation curieuse d'un état ataxique de la circulation amenant une perte de sang par diverses parties du corps :

Observation trente sixième. — *Hémiplégie.* — Eliza C., âgée de 47 ans, vint au dispensaire le 18 février 1858, ayant alors 44 ans. Taille moyenne, cheveux bruns, yeux clairs, face colorée. Menstruée à 14 ans, elle continua à l'être régulièrement, abondamment et avec de vives douleurs abdominales. Elle se maria à 15 ans.

La menstruation s'arrêta pendant 8 mois, puis survint un gros caillot de sang; elle reparut tous les 15 jours, s'arrêta pendant six semaines et après l'expulsion d'un caillot, revint sous forme d'hémorrhagie. Elle n'a pas eu d'enfants, a eu une perte pendant trois semaines, et depuis six mois est menstruée chaque quinzaine. Dans cet état, sans cause connue, elle fut saisie soudainement d'une hémiplégie du côté droit. Elle vint péniblement jusqu'au dispensaire, ressentant souvent comme des coups d'épingles; on pouvait la pincer sans produire de douleur. Elle paraît stupide, se plaint de mal à la tête, de perte de la mémoire et de la vue, bégaie et ne peut trouver ses mots. L'attaque d'hémiplégie a été accompagnée d'épistaxis par la narine droite. On l'a saignée au cou ; j'ordonne une nouvelle saignée de 8 onces dans la même région, du calomel avec de l'opium et une purgation noire. Le 21 février, épistaxis du côté droit ; saignée de 8 onces; immédiatement après survient une hémorrhagie qui dure jusqu'au 5 mai, et je prescris alors des injections d'alun, des antimoniaux, 1 grain d'opium et 3 grains d'extrait de coloquinte à prendre le soir. Malgré la perte de sang considérable tant en hémorrhagie que par la narine droite en même

temps, ses forces avaient peu diminué; elle venait au Dispensaire, mais les symptômes hémiplégiques persistaient. — 12 mai. Elle revient de la campagne en meilleur état, mais se plaint toujours de la faiblesse du côté droit, et surtout d'une douleur vive à la partie droite de la tête ; j'ordonne des frictions de 2 onces de pommade mercurielle mélangée avec 2 drachmes d'extrait de belladone, et le soir, ma potion camphrée et des pilules de myrrhe et d'aloès. — 16 juin. Après deux frictions, la tête a été mieux affermie, « comme si elle s'était trouvée plus grosse et plus lourde que d'habitude ». La vue s'améliora, la tête cessa d'être douloureuse, le mouvement revint dans les membres du côté droit. Je perdis cette malade de vue jusqu'au 31 mai 1856, où elle revint me trouver dans le même état que la première fois ; la face, au lieu d'être bouffie, était injectée de veinules rouges. Elle n'avait pas été menstruée depuis l'hémorrhagie, mais plus ou moins elle avait toujours souffert de céphalalgie, de douleurs abdominales, de faiblesse, de vapeurs et de transpirations. Tel est son état ; elle se tient difficilement éveillée, ne peut souffrir qu'on lui parle ; les membres du côté droit sont privés de mouvement, la main, cependant, est couverte de sueur et lui semble pleine de piqûres, mais ne sent que peu lorsqu'on la pince. L'urine charrie du sang ; elle dit que l'hématurie s'est aussi manifestée lors de sa première attaque. J'ordonnai une nouvelle saignée de 8 onces, le calomel et l'opium à prendre le soir, et une purgation énergique le matin. — 25 Juin. Encore une saignée de même quantité ; le ventre a été facilement tenu libre, les antimoniaux ont été administrés, la glace appliquée sur la tête ; la malade a été tantôt mieux, tantôt pire, souvent égarée, quelquefois difficile à maintenir, mais les symptômes hémiplégiques sont demeurés stationnaires. Je prescrivis de nouveau la pommade mercurielle belladonée à la tête ; quand elle en eut employé 2 onces, la tête sembla gonflée, elle devint stupéfiée, n'eut pas le sens de la vue net pendant trois jours, et fut prise de salivation. Le bras et la jambe droits étaient mieux, mais la main refusait tout service. Elle eut pendant trois jours une légère réapparition du flux menstruel arrêté depuis plusieurs années. Je lui fis prendre des pilules de colo-

quinte composées, la potion camphrée, et 15 grains de nitre trois fois par jour. Le 16, trouvant les symptômes hémiplégiques plus marqués, je fis raser la nuque et la fis frotter avec la pommade ci-dessus. L'effet fut décidément bon ; et lorsque je revis la malade le 15 août, elle ne souffrait plus de l'hémiplégie, vaquait à ses occupations domestiques, quoique souffrante de faiblesse, de maux de tête, de symptômes nerveux, très probablement aggravés par un peu d'intempérance de temps à autre.

THÉORIE DE LA MALADIE MENTALE. — Après avoir exposé les faits qui prouvent qu'il existe des affections du centre ganglionnaire, j'ai démontré leur importance, puis j'en ai indiqué le traitement; et maintenant que l'on connait les principales formes des désordres cérébraux, conséquences de l'âge critique, j'appellerai l'attention sur leur mode probable de production, avant de dire quelle est la meilleure manière de les guérir. Ceux qui ne recueillent que des faits et négligent la théorie peuvent ne pas lire ce qui suit jusqu'à ce que leurs yeux tombent sur le nom de quelque drogue qui leur soit familière ; mais ils pourront se rappeler que s'ils avaient vécu du temps de Stoll, ils auraient inévitablement essayé de soulager les affections cérébrales que j'ai décrites par des émétiques ; du temps de Moriceau et de Broussais, par de grandes et fréquentes saignées. En d'autres termes, comme la théorie doit guider la pratique, ils auraient choisi le meilleur moyen.

Comment une maladie organique ou fonctionnelle de l'appareil reproducteur peut-elle agir sur le cerveau ? Il existe deux voies de communication entre ces deux organes, et les influences morbides peuvent être transmises par les nerfs ou par les vaisseaux sanguins. Il ne sera pas difficile de démontrer que les phénomènes cérébraux que j'ai décrits ne proviennent pas de pléthore cérébrale, car, en prenant successivement chaque phénomène, on trouve que le nervosisme intense existe plus fréquemment chez les sujets faibles et anémiques que chez les malades anémiques. En laissant de côté ceux chez lesquels le mal de tête est causé par des dérangements biliaires, on constate que cette affection coïn-

cide beaucoup plus souvent avec une diminution de la quantité du sang que dans la condition contraire, et qu'elle existe sans que rien n'indique une congestion des vaisseaux sanguins de la tête. Cette observation s'applique aussi à l'hystérie et aux attaques hystériques ; sans doute, il y a quelquefois réplétion du pouls et congestion cérébrale, mais dans la plupart des cas, le pouls reste faible, et les vaisseaux sanguins de la tête ne présentent aucun signe de distension exagérée. Les symptômes décrits comme pseudo-narcotisme ont des points de similitude nombreux avec ceux de la pléthore et de la congestion cérébrale qui ont été et sont encore traités par la saignée, soit qu'ils se produisent dans la chlorose on pendant la grossesse ; mais la faiblesse du pouls, la plupart du temps, démontre qu'ils ne peuvent être attribués à la pléthore. Ils sont rarement causés par la bile, et alors n'étant pas accompagnées de paralysie ou d'autres signes de maladie cérébrale, ils ne peuvent résulter de lésions au cerveau.

Sans aucun doute, le délire et les convulsions sont fréquemment les résultats immédiats de l'hémorrhagie ; et quand les symptômes cérébraux que j'ai décrits coïncident avec la chlorose ou une abondante menstruation, on peut les expliquer comme les accidents nerveux qui suivent l'hémorrhagie ou une grande saignée, le cerveau se trouvant n'être plus stimulé par une quantité suffisante de sang fluide. Néanmoins, on observe l'hystérie, le pseudo-narcotisme, et, dans des cas où les tissus présentent toute l'apparence de la santé, et où la masse circulante semble en rapport avec les besoins du système ; alors, les phénomènes nerveux ne s'expliquent pas par l'anémie. Les Docteurs Todd et Cormack ont ressuscité la vieille opinion qui attribue le délire hystérique à la présence de quelque chose d'empoisonné qui n'a pu être éliminé du sang par les menstrues ; mais cette théorie ne se soutient pas, les phénomènes hystériques se manifestant avant la premiére menstruation. Sous ce rapport, mes observations sont confirmées par Landouzy ; il dit en effet qu'il a constaté l'influence des organes de la génération sur le système nerveux, longtemps avant la menstruation, et même avant que les petites filles eussent aucune idée de leur sexe ; j'ai moi-méme rencontré des cas marqués de

pseudo-narcotisme chez des enfants de 8 à 9 ans qui ne furent menstruées qu'à 14 ou 15 ans.

Si l'appareil reproducteur n'agit pas sur le cerveau par l'intermédiaire des organes de la circulation et de leurs contenus, il doit certainement agir au moyen des nerfs. Les organes génitaux sont parfaitement entourés de nerfs ganglionnaires, et j'ai démontré combien fréquemment les signes de troubles ganglionnaires coïncident avec la céphalalgie, le nervosisme, l'hystérie et l'épilepsie. L'influence des organes reproducteurs sur le nervosisme est distinctement appréciable chez certains animaux inférieurs. Au commencement du printemps, juste avant la période de copulation, le système nerveux des crapauds est doué d'une remarquable irritabilité. Le moindre attouchement excite ces états du système nerveux qu'en d'autres temps on ne produit que par l'action galvanique. On peut observer chaque jour que lorsque les femmes sont sous l'influence d'une action plus énergique des ovaires, elles sont aussi plus irritables, plus sensibles au froid, au bruit, à l'émotion.

La céphalalgie cataméniale peut sûrement être considérée comme un symptôme nerveux ; si elle ne provient pas de la pléthore, elle se rencontre souvent avec d'autres symptômes nerveux, marche comme ces affections, alterne avec elles, et, comme elles, cède aux sédatifs. Le pseudo-narcotisme s'explique de la même façon. On pourrait le considérer comme une espèce particulière d'empoisonnement du cerveau par une trop forte dose d'influence galvanoïde provenant de l'état morbide du centre ganglionnaire ; ou bien il peut résulter de la perte d'un contrôle exercé sur la santé au moyen du cerveau, par le système ganglionnaire, semblable au contrôle reconnu que ce même système exerce sur les vaisseaux sanguins. Si cette influence délétère agit sur le cerveau ou sur une partie seulement exerçant une influence sur la fonction du sommeil, je ne saurais le dire. Les pathologistes de tous les âges qui ont étudié spécialement les maladies des femmes, bien qu'ils diffèrent d'opinion en toute autre chose, s'accordent à désigner les organes sexuels comme le siège des affections hystériques, et beaucoup, avec Landouzy, ont

observé que, dans les attaques d'hystérie, les malades se plaignent généralement, d'abord de sensations anormales au bas-ventre, puis de suffocation au creux de l'estomac; ensuite, d'un sentiment d'étranglement; enfin, de rires et de pleurs involontaires, de convulsions et de coma.

Le nisus ovarien semble réagir sur le *cerebrum abdominale*, et dirige son influence sur le cerveau dans un sens tel que la femme, n'étant plus maîtresse de ses actions, est littéralement « enivrée par les esprits animaux, et étourdie par une jouissance constitutionnelle ». Ce même nisus ovarien, agissant avec la plus grande énergie sur différentes parties du cerveau, ou sur les systèmes nerveux différemment disposés, après s'être accumulé pendant quelque temps, éclate en convulsions hystériques, qui peuvent être suivies de paralysie temporaire des membres comme on le verra plus loin. Finalement, lorsque le nisus ovarien est à son apogée, s'il est dérangé brusquement par une émotion violente, les courants nerveux centrifuges qui gouvernent la menstruation reçoivent un choc fatal. Toute l'énergie du nisus ovarien se porte sur les ganglions centraux, et réagit sur le cerveau avec tant d'intensité que en peu de temps la mort peut s'ensuivre et que l'on ne trouve qu'une congestion des vaisseaux sanguins cérébraux, congestion qui semble être elle-même le résultat d'un choc subit.

Le Dr Schulzenberger, de Strasbourg, a démontré — *Gazette Médicale de Paris*, 1846 — qu'il est quelquefois possible, par une pression sur la région des ovaires, de faire rayonner la douleur de ce centre à la région épigastrique, et, en continuant la pression, de produire le globe hystérique, de déterminer des troubles du cerveau et de la moelle épinière, des convulsions hystériques, désordres qu'une pression sur aucune autre partie du corps n'aurait pu entraîner. Chez une malade très nerveuse de l'hôpital de Strasbourg, le Dr Schulzenberger et d'autres professeurs ont ainsi produit des convulsions sans les symptômes intermédiaires de l'hystérie. Des cas semblables ont été vus par Romberg, le professeur Charcot et moi. La relation intime qui existe entre les symptômes ganglionnaires et les symptômes cérébraux-spinaux de

l'hystérie, leurs gradations multiples et leur fréquence, me font considérer l'hystérie comme la clef de voûte de la pathologie mentale.

Esquirol a établi que les organes génitaux sont souvent le centre d'où émane un stimulant suffisant pour produire l'épilepsie: j'ai vu cette assertion pleinement confirmée chez une femme affectée d'ovarite subaiguë, car une pression sur l'ovaire droit, soit accidentelle, soit intentionnelle, la jeta dans des attaques épileptiques, comme la jeune femme dont parle Bradie à laquelle l'application d'un doigt au creux de l'estomac donnait une attaque de chorée. Ainsi, j'ai montré comment le centre nerveux ganglionnaire produit l'hystérie, ce que déjà Willis, Van Swieten et Lobstein auraient admis jusqu'à un certain point. Quant à l'épilepsie, la condition prédisposante du système cérébro-spinal est différente de celle de l'hystérie, mais le mode d'induction des deux affections est le même. On sait peu de chose des sensations anormales de cet état; il est souvent précédé de tristesse et de nervosisme, d'alourdissement et de fourmillement dans les membres, quelquefois de douleurs épigastriques, ou d'un sentiment de suffocation suffisant pour démontrer l'influence du *cerebrum abdominale* sur la production des convulsions. Quelques observations, en particulier celle d'Olivier d'Angers, établissent qu'il existe souvent une relation de cause et d'effet entre la gangliopathie et la paraplégie.

Après avoir passé en revue les effets des organes de la reproduction sur le système cérébro-spinal, aux périodes successives de la vie, il reste à faire voir comment, chez certaines femmes, il peut être la cause principale de la folie. Si le lecteur se rappelle les résultats de sa propre expérience, il devra reconnaître que :

1° — Entre l'obscurité de l'intelligence, l'absence mentale du spseudo-narcotisme et l'idiotie, il n'y a pas de solution de continuité; que chaque degré nouveau se marque chez certaines femmes comme une des phases de l'action sanitaire ou morbide des organes génitaux ;

2° — Il n'y a pas de solution de continuité entre le premier léger éblouissement d'une petite fille et le délire d'une maniaque ;

chaque anneau intermédiaire est marqué chez les femmes par une des phases successives de l'action sanitaire ou morbide des organes génitaux;

3° — Entre les premières indications de l'action musculaire spontanée et les convulsions les plus violentes de l'hystérie, il n'y a pas de lacune; chaque degré est rempli chez les femmes par l'une des périodes de l'action sanitaire ou morbide des organes génitaux.

Ces organes ne peuvent réagir sur le cerveau pendant un temps limité que par les nerfs ganglionnaires. Qu'y a-t-il donc d'étonnant à ce que cette puissante influence du système nerveux ganglionnaire puisse parfois produire un dérangement *permanent* des facultés mentales et morales, une perturbation *constante* analogue à celle que produisent l'eau-de-vie et autres excitants? Je suis ainsi amené à considérer le centre nerveux ganglionnaire comme une source de pouvoir vital en correspondance constante avec le cerveau pour maintenir les « forces animales », comme on les appelle, produisant divers phénomènes morbides reflexes d'accord avec les différentes prédispositions cérébrales, quand il perd son influence sur le cerveau ou bien l'exerce à contre-sens. Si cela est la véritable explication de ces cas rares de folie produite par l'action désordonnée du nisus ovarien, il s'ensuit que, dans d'autres cas, la cause devrait être recherchée dans le système nerveux ganglionnaire, aussi bien que dans le cerveau; car si l'un des appareils viscéraux peut ainsi réagir sur le cerveau, par l'intermédiaire du centre ganglionnaire, de façon à produire un dérangement mental, pourquoi un autre, doué de semblables ganglions et plexus, ne pourrait-il pas réagir aussi sur le centre ganglionnaire et amener les mêmes résultats? En état de santé, les ganglions nerveux de chaque viscère se font peu sentir; mais Hippocrate et d'autres maîtres attribuent au foie et aux viscères qui en dépendent les causes principales de la folie. Pourquoi cela serait-il faux, puisque le contraire est vrai, et puisque l'esprit, par l'intermédiaire des pouvoirs émotionnels qui sont jumeaux des forces intellectuelles, influence énergiquement tous les viscères doués de nerfs ganglionnaires? L'âme agit sur les viscères par

l'émotion, et les viscères réagissent sur l'âme, de façon à déterminer la passion. Il n'existe pas de passion sans émotion viscérale — c'est-à-dire ganglionnaire. « L'élan des entrailles », expression fréquente dans la Bible, est physiologiquement vraie. Les mères la ressentent, de même les amants, et aussi les marins quand il touchent la terre. On ne peut être fort sans réaction viscérale énergique, ou, en langage populaire, « quand on manque de bile ». Broussais avait raison de dire qu'on ne peut éprouver de douleur épigastrique sans qu'elle cause quelque angoisse déterminée en partie par la réaction ganglionnaire. Beaucoup n'éprouvent pas de passion parce que les sensations viscérales sont absentes ou sans énergie; mais si le cerveau agit sur les viscères d'une façon violente, il n'est pas étonnant que ceux-ci à leur tour réagissent sur le cerveau. Quand l'un d'eux devient le siège d'une action morbide, il peut, suivant l'intensité du symptôme, déterminer une faiblesse d'esprit ou une mélancolie passagères ; ou bien l'hypochondrie, la folie même. Ces assertions sont vérifiées par la pratique, et sont exactes chez les deux sexes, car elles sont confirmées par des cas d'insanité chez l'homme, qu'on peut trouver décrits dans mon livre « *De l'Inflammation de l'Utérus et des Ovaires* ». Les malades étaient bien portantes, lorsque, à la suite d'un choc mental inopiné, parurent subitement les douleurs et les phénomènes épigastriques, qui durèrent un temps considérable, et furent suivis d'un dérangement cérébral constant avec impulsion violente et sans motifs au suicide et au meurtre. On peut ainsi suivre la trace de ce choc sur le centre ganglionnaire, comme dans le curieux cas que voici :

Observation trente-septième. — *Mélancolie et gangliopathie.* — Vers 1860, une dame vint de l'étranger pour me consulter. Elle était grande et maigre, avait une figure bonne et intelligente, et était âgée de 48 ans. Née dans l'Inde, transportée à Gibraltar, elle avait été menstruée à 10 ans, n'éprouva pas d'irrégularité, et jouit d'une parfaite santé jusqu'à l'âge de 19 ans où elle se maria.

Bien qu'il n'y eût pas d'intromission et que le sperme seul

pénétra dans le vagin, bien que la nuit même du mariage les règles survinrent, elle conçut.

Le lendemain matin, à la suite d'une querelle, mari et femme se séparèrent pour ne plus se revoir ; la femme était restée enceinte.

De ce choc inattendu, elle éprouva des sensations de tremblement au creux de l'estomac, comme le battement des ailes d'un oiseau ; cela n'a pas cessé depuis et s'est même aggravé par suite de l'état de maladie.

Son fils voulut entrer dans l'armée, contre son désir, à elle ; depuis quatre ans, elle a éprouvé, par suite de cette contrariété, des attaques de violentes douleurs épigastriques, accompagnées de crachements d'un mucus visqueux. Après douze mois d'irrégularités, la menstruation cessa à 46 ans ; pendant tout ce temps, elle avait été sujette à une constipation rebelle dont l'effet durait quelquefois seize jours. Elle avait la peau sèche ; elle éprouvait des chaleurs sans transpirations.

Je ne trouvai pas trace de maladie gastro-intestinale ni tumeur épigastrique, ni pulsations de l'aorte, ni état morbide de l'utérus. Tous les troubles provenaient du système nerveux ; peu de sommeil, mauvais rêves ; vagues terreurs, soupçons à propos de tout; effroi d'aller à Woolwich, voir son fils. « Son existence, dit-elle, a été une mort vivante. » Jusqu'à présent, comme traitement, elle est allée seulement à Plombières pendant trois semaines, a pris chaque jour un bain chaud de deux heures et deux fois par jour un demi-verre d'eau minérale, ce qui a augmenté la constipation.

Mon avis est de tenir le ventre libre au moyen des purgatifs : prendre d'abord de l'acide nitro-muriatique, puis du sulfate de quinine, un grain de chanvre indien chaque soir pendant quinze jours, en interrompant pendant une semaine pour recommencer après ; puis, des emplâtres d'opium et de belladone, alternativement; enfin, si tout cela ne réussit pas, employer le traitement hydropathique ou les eaux minérales d'Aix-la-Chapelle ou d'Aix-en-Savoie.

En général, on ne peut remonter, comme dans ce cas, au pre-

mier choc ressenti par le système nerveux. Il est spontané, paraît dépendre de quelque trouble de la santé entraînant l'influence d'un viscère sur les autres et de ceux-ci sur le cerveau. Je crois que la folie est généralement précédée de gangliopathie plus ou moins prolongée ; mais il est difficile de constater le fait dans les asiles d'aliénés, où l'étude de la folie présente autant de certitude qu'en offrirait l'étude de la phthisie au second degré ; la première période de la folie ne dépasse pas le cercle de la famille qui ne la comprend pas, ou cherche par tous les moyens possibles à la dissimuler. C'est ce qui a été observé par Moreau, de Tours : « La plupart des maladies mentales sont précédées, de longue date quelquefois, par des symptômes qui passent généralement inobservés, tels que l'évanouissement, l'étourdissement, le vertige, ou par des sensations nerveuses provenant de diverses parties du corps comme les prodromes épileptiques, que les malades comparent à de l'exaltation ou à des chocs électriques. » Shearman a attaché une grande importance à la fréquence des troubles intellectuels ; de même, l'apparition des symptômes ganglionnaires, conjointement avec les plus graves symptômes cérébraux, n'a pas échappé à Brierre de Boismont. C'est ce qu'il a dit formellement : « J'ai remarqué que les affections gastralgiques, accompagnées d'un grand trouble dans les fonctions digestives, *alternent* avec les maladies mentales et cessent entièrement quand la folie devient permanente. »

Cette opinion a été confirmée par le Docteur Mandsley : « Il est digne de remarquer, dit-il dans ses lectures, que, dans les autres formes de la folie, lorsqu'on examine de près les symptômes, on recueille des plaintes au sujet de sensations étranges, pénibles, douloureuses, dans quelque partie du corps, et qui paraissent avoir avec le dérangement mental les mêmes relations que les prodromes épileptiques avec l'attaque. Une sensation pénible à l'épigastre est assez commune ; ce n'est pas une douleur définie, on ne peut la comparer à une brûlure, à un poids, à une autre sensation connue, mais bien à un indescriptible sentiment de détresse auquel sont liés les troubles cérébraux. C'est une angoisse terrible qui obscurcit la raison et cause des souffrances et un dé-

sespoir tels, qu'elle pousse au suicide. » Il ajoute : « En admettant que les organes de la génération ont leur action spécifique sur l'intelligence, on peut rechercher si chacun des organes internes n'exerce pas aussi son action spécifique sur des sensations particulières correspondant à des idées sympathiques.»

Il est certain que leur union est intime, de telle sorte que, bien qu'insensible au toucher, chacun d'eux a sa sensibilité propre en vertu de laquelle il se réunit au concert des fonctions et correspond plus ou moins aux souffrances d'un autre organe. Il est indubitable que le cerveau, comme membre principal de cette union physiologique, perçoit les conditions où se trouvent les autres membres et en est affecté. On peut dire que l'uniformité des passions et des émotions parmi les hommes est due aux sympathies spécifiques des organes, exactement comme l'uniformité de leurs idées de nature extérieure est due à l'opération uniforme des organes des sens. »

Si l'on me demandait la preuve des assertions qui précèdent au moyen d'une démonstration anatomique, je répondrais qu'actuellement on recherche les lésions morbides du cerveau, tandis qu'on néglige de s'assurer de celles du système ganglionnaire. On pourrait, en y apportant du soin, vérifier l'allégation de Comparetti (1), qui affirme avoir trouvé les ganglions splanchniques, particulièrement le semi-lunaire, gonflés et plus lourds que d'ordinaire, chez un hypochondriaque mort à l'âge de 40 ans.

Traitement. — La fréquence des affections cérébrales légères et la gravité qu'elles acquièrent quelquefois en rendent le traitement très important.

Tout d'abord, le devoir du médecin est de s'assurer avec soin si la maladie qu'il va traiter n'est pas causée ou aggravée par une autre maladie des viscères, car s'il s'agissait de l'influence de l'utérus ou du foie sur le cerveau, la guérison des deux premiers organes supprimerait la maladie cérébrale ; comme il a été rigoureusement démontré que, lors de la cessation, cette sorte d'affec-

(1) *Occursus medici de reaga ægritudine infirmitatis nervorum.* Venetiis, 1780, page 136.

tion ne provient nullement de la pléthore cérébrale, il faut espérer, quelles que soient les phases par lesquelles passe la doctrine médicale, que le temps est bien passé où la céphalalgie, le pseudo-narcotisme et certaines formes de l'hystérie, étaient traitées par des saignées copieuses. On ne peut se tromper, lorsque la pléthore sanguine est une cause additionnelle de quelques dérangements à la ménopause et l'on ne m'accusera pas, je l'espère, d'inconséquence si, tout en désapprouvant les abondantes saignées, je cherche à exprimer ma conviction de l'importance des émissions sanguines au moment de l'âge critique. Des purgatifs doux, salins ou végétaux avec du calomel ou des pilules bleues, sont souvent avantageuses. L'usage des antiacides, des sels rafraîchissants et des diurétiques, est une utile adjonction. Les bains chauds soulagent l'hypéresthésie du système nerveux, le pseudo-narcotisme grave et toutes les conditions qui tendent vers la folie. Pomme avait démontré le bon effet des bains chauds; Récamier a renouvelé cette pratique, aujourd'hui généralement adoptée dans les asiles d'aliénés de France.

Le traitement hydropathique sera utile dans diverses formes de dérangement nerveux fonctionnel ; spécialement lorsque les malades sont fortes et ne présentent pas de signes de maladies organiques. Exemple : une dame sans enfants, riche, se crut enceinte deux ans après la cessation ; elle ne voulut pas être examinée par crainte d'être détrompée, et elle fit tous ses préparatifs. En dernier lieu, l'examen démontra la vacuité de la matrice. Des accidents hystériques survinrent. Après bien des tentatives, six semaines de traitement hydropathique suffirent pour la rendre à la santé.

Les médications sédatives sont les plus efficaces ; ce que j'en ai dit au chapitre de la Thérapeutique pourrait servir de préface à ce sujet. J'ajouterai que j'ai invariablement administré les sédatifs pour le pseudo-narcotisme, exactement comme Hoffmann guérissait la somnolence de la fièvre intermittente avec de fortes doses d'opium. Pour soulager les terribles céphalalgies de l'âge critique, ainsi que d'autres affections pénibles, je prescris des applications à la tête. Dans les cas bénins, je recommande à la malade de s'épon-

ger entièrement la tête, une ou deux fois par jour, avec de l'eau et du vinaigre ou de l'eau de Cologne, bien sécher les cheveux et les oindre d'huile ou de pommade. Si cela ne suffit pas, on peut essayer l'huile douce ou la flanelle chaude aux tempes. On peut aussi employer de l'eau additionnée de quelques gouttes d'alcool camphré et d'eau de Cologne ou de lavande, de vinaigre camphré, de liniment camphré bien dilué, ou, ce qui vaut mieux, d'eau sédative de Raspail, dans laquelle entrent de l'ammoniaque liquide et du sel commun. On se servira à cet effet d'une éponge ou d'un tampon de linge fin appliqué mouillé sur la partie douloureuse de la tête et changé quand il est nécessaire. La peau devient rouge et brûlante ; mais on peut tempérer l'eau sédative en y ajoutant de l'eau pure. Inutile de dire qu'on peut l'empêcher de couler et de tomber dans les yeux en roulant une serviette autour de la tête. Un peu de cold-cream fera cesser l'irritation. Dans le pseudo-narcotisme devenant de la stupeur, j'ai, outre les autres moyens, employé en frictions l'eau de Cologne saturée de camphre. Cela rappelait la malade à elle-même en quelques instants. Dans un cas où la stupeur succédait aux douleurs épigastriques, c'était mon seul traitement ; le sujet prétendait sentir le cerveau comme agrandi, puis comme piqué intérieurement à coups d'épingles ou d'aiguilles. Je lui enveloppais alors la tête avec de la flanelle et je la laissais reposer.

Les effets de ces moyens sont surprenants; mais, au grand désespoir des médecins, certaines malades aiment mieux se plaindre de leur impuissance que de se soumettre à un traitement régulier. Dans des cas exceptionnels, il faudrait raser la tête et frotter le cuir chevelu avec de l'extrait de belladone, d'hyoscyamine et d'opium, 1 drachme de chaque dans 1 once de cold-cream; on les incorporerait avec avantage dans de l'onguent mercuriel.

Quant au traitement pour guérir le nervosisme, le pseudo-narcotisme, l'hystérie, etc., il est exposé au chapitre de la Thérapeutique. L'observation 23 montre les divers remèdes qui peuvent être employés contre la névralgie cérébrale, et je peux ajouter que Graves s'est servi utilement du nitrate d'argent dans la névralgie cérébrale, et qu'on peut l'employer pendant une quinzaine sans

noircir la peau. Quelques pilules contenant un quart de grain de nitrate d'argent amènent une abondante salivation chez mes malades. Je ferai remarquer encore l'absolue nécessité de procurer du sommeil aux malades, car l'insomnie suffirait pour développer les germes de la folie en laissant l'esprit sous l'empire de l'intensité qu'acquiert la pensée dans l'ombre, la solitude et le silence de la nuit. Tout d'abord, il faudrait favoriser le sommeil en s'abstenant d'amusements stimulants entre le dernier repas et l'heure du coucher. Cela suffit souvent et aide les remèdes à agir efficacement et promptement. Il ne faut pas oublier que, si le froid cause quelquefois l'insomnie, c'est par suite de la mauvaise habitude de fermer hermétiquement les chambres, ce qui rend l'air lourd et chaud; en effet, le Dr Bonnet m'assure que l'insomnie se guérit en laissant les fenêtres ouvertes pour les heures du sommeil. Il est des personnes qui ne peuvent dormir pendant la digestion, d'autres qui dorment parfaitement après un bon repas; celles qui dorment le moins devraient avoir auprès d'elles une tasse de lait ou une tartine de pain et de beurre pour prendre l'une ou l'autre afin de s'inviter au sommeil quand elles sont par trop et trop longtemps agitées. Si ces prescriptions hygiéniques ne réussissent pas, j'ai recours, le plus ordinairement, au bromure de potassium avec ou sans chloral, à la jusquiame seule ou mélangée au chanvre indien, aux poudres de Dover par doses de 5 à 10 grains; mais le chloral paraît devoir éclipser tous les autres soporifiques, car ce n'est pas un médicament infidèle et pernicieux comme les autres narcotiques; cependant, on ne peut supposer qu'il remplacera entièrement l'opium et la morphine, car ces deux médicaments ont un autre mode d'action que la provocation au sommeil, et sont souvent utiles à l'âge critique. Les jeunes praticiens devront se tenir en garde contre les assertions des malades âgées, qui prétendent souvent ne pas dormir du tout, quand, en contrôlant leurs dires par d'autres témoignages, il est certain qu'elles jouissent de la faculté de dormir, dans des proportions à peu près suffisantes.

Quand l'insanité commençante est accompagnée des signes d'une maladie ovario-utérine, une partie importante du traite-

ment est l'administration des sédatifs par le rectum. Parmi les autres malades qui ont obtenu de bons résultats de ce traitement, je peux en citer une qui avait environ 50 ans à l'âge critique ; elle vivait dans une solitude complète, en proie à toutes sortes d'illusions étranges. Comme elle avait de la leucorrhée, des douleurs utérines fréquentes, comme les souffrances étaient grandes à l'examen digital, il était possible qu'un lavement sédatif la soulageât; j'en donnai la prescription, avec autre chose, mais sans affirmer grand espoir à son mari. J'appris plus tard que le traitement avait réussi. Le Dr Ferrus attribuait une grande utilité aux médications menstruelles, lorsque la folie coïncidait avec la suppression des règles, ou en était la conséquence; il était d'accord avec le Dr Conolly, sur ce point qu'en pareil cas, la prognose est très favorable. Beaucoup de malades sont sans sommeil, sans repos, extrêmement nerveuses, toujours en mouvement, toujours commençant quelque chose, mais manquant de force pour le terminer; il faut alors se rappeler la distinction entre les forces radicales et les forces actives; il s'agit de modérer ces dernières et d'augmenter les autres; pour remplir ce dernier but, le fer peut quelquefois être avantageusement associé aux sédatifs; le citrate de fer, en doses de 5 à 10 grains dans une boisson effervescente, après les repas, est la meilleure manière de le prendre.

Quant à la prévention des affections nerveuses et de la folie, à l'âge critique, ma seule recommandation est de relire le chapitre qui traite des principes généraux de l'hygiène de cette période de la vie des femmes.

(A suivre.)

Contribution à l'exposé de la Méthode ocytocique [1]

(ACCOUCHEMENT RAPIDE)

ACCOUCHEMENT COMPTANT 50 HEURES D'INVASION, HEUREUSEMENT TERMINÉ EN 3/4 D'HEURE.

Le 2 août dernier, mandé par mon excellent confrère, le Dr Jardin, j'arrivais, à 9 heures 1/2 du soir, auprès de Mme X, primipare, en mal d'enfant depuis cinquante heures.

Il s'agissait d'une présentation vertexale. Tuméfaction du cuir chevelu, empêchant l'exploration des fontanelles. Battements fœtaux dans le flanc gauche.

La tête est donc en O I G quelconque.

D'où peut provenir la cause de la dystocie ?

Un premier fait saute aux yeux.

Cette jeune femme est pourvue d'un embonpoint un peu exagéré.

Or, il n'est pas d'accoucheur qui n'ait appris à ses dépens les difficultés que comporte assez souvent la parturition chez les *femmes grasses*.

Le tissu cellulaire exubérant, infiltré dans les fibres utérines, comme dans tous les organes, leur enlève tout ressort. De là une cause d'insuffisance des contractions. Cette même exubérance de tissu adipeux a, de plus, pour conséquence forcée, de réduire d'autant les diamètres pelviens.

En dehors de ces causes de dystocie, n'en pouvait-il pas exister d'autres de nature différente ?

Par exemple, n'étais-je pas en présence d'un obstacle opposé à la descente de la tête, par une brièveté absolue ou relative du cordon ombilical ?

Bien que j'aie pu constater la faiblesse des pulsations cardiaques, cette cause d'arrêt du travail ne pouvait *à priori* que demeurer toute problématique ?

(1) Voir notre récent ouvrage portant ce même titre.

On pouvait encore invoquer une autre raison de l'obstacle apporté à la descente de la tête. Une pósition défavorable. Une occipito postérieure, vraisemblablement. Chacun sait combien cette dernière cause joue un large rôle dans la production de la dystocie.

Laissant de côté ces diverses suppositions, toutes plus ou moins admissibles, je me décidai à agir de suite, sauf à reconnaître *a posteriori* la véritable cause de la dystocie.

Avec les ressources instrumentales dont je dispose, je me mets généralement fort peu en peine de la précision du diagnostic. Mon mode de faire, si différent des méthodes classiques, n'est nullement basé sur une application des données théoriques, si souvent prises en défaut....

Voici comment j'ai procédé, dans un cas bien propre à tenir longtemps encore en échec l'accoucheur imbu des préceptes classiques.

Vulve de femme grasse, primipare, c'est-à-dire très étroite, très peu perméable.

Col ouvert 0,04 à peine, inextensible.

Tête au détroit supérieur.

Mon premier soin a été de me procurer de l'axonge en abondance. J'ai aussitôt commencé à pratiquer, sur l'orifice vulvaire, de larges onctions, pour assouplir, pour ouvrir le plus largement possible la porte d'entrée des organes maternels.

J'ai opéré, en même temps, avec deux, puis avec trois doigts, la dilatation du méat utérin.

Ces manœuvres ont fait naître quelques faibles douleurs, depuis longtemps complètement éteintes.

A 10 heures 1/2, j'ai pu introduire, non sans peine, les étroites cuillers du rétroceps.

Mais c'était tâche peu facile que d'entraîner la tête.

L'impuissance, bien prévue, des tractions manuelles constatée, j'ai, sans retard, associé au rétroceps le tracteur obstétrical, la malade préalablement posée en travers du lit, pour permettre d'abaisser le plus fortement possible la ligne de direction de la traction.

Je n'étais pas sans éprouver une vive inquiétude sur le résultat

de cette tentative. Je comptais peu sur l'entraînement de la tête, et je songeais déjà à une application de la méthode obstétricale récemment proposée et décrite par moi (*méthode d'élongation céphalique*), méthode qui repose sur l'emploi du forceps céphalotribe modifié (1).

Après quelques efforts mécaniques, le Dr Jardin, auquel j'avais confié le soin de repousser le col de l'utérus au-dessus de la tête, me donna à savoir que l'organe opérait sensiblement sa descente.

Je persévérai dans cette voie et j'eus bientôt la satisfaction de constater le succès de ma manœuvre.

La tête ne tarda pas à faire bomber le plancher périnéal. J'enlevai le tracteur, et opérai le dégagement, en saisissant à pleine main le manche du retroceps.

Ce fut à ce temps de l'opération que je relevai la cause, sinon unique, du moins d'ordre capital de la dystocie. La descente de l'enfant était empêchée par un enroulement cervical du funicule. Je relâchai le cordon pour le faire glisser par-dessus la tête. Rendu désormais libre, le corps de l'enfant devint facile à retirer du sein maternel.

Un garçon de poids moyen venait de naître en plein état d'asphyxie. Des soins appropriés ne tardèrent pas à le ramener à la vie.

Pour opérer la délivrance, une demi-heure après l'accouchement, je me vis contraint d'aller à pleine main saisir le placenta au sein de l'utérus.

Les suites de couches ont été confiées aux soins intelligents du Dr Jardin, qui n'a eu à me signaler aucune particularité d'intérêt.

Dans cette observation, plusieurs points méritent d'être relevés.

Établissons, d'abord, les causes de ce travail languissant. Elles ont été de deux ordres :

1° Le développement exagéré des tissus cellulaires adipeux ;

2° L'obstacle apporté à la descente du produit par la brièveté relative du cordon funiculaire.

(1) Voir notre *Essai pratique sur la méthode ocytocique*, p. 365.

Ce fait constitue une belle application de la méthode ocytocique.

A 10 heures du soir, l'organe gestateur est plongé en pleine torpeur. Il n'existe plus, depuis de longues heures, la moindre contraction utérine.

Le col, rigide, n'offre qu'une dilatation de 0,04. Eh bien! Par l'application de mes moyens d'action, il *m'a suffi de trois quarts d'heure*, pour mettre fin, avec un complet succès, pour l'enfant comme pour la mère, à un travail qui comptait déjà 50 heures d'invasion!

Que fût-il advenu, si la marche du travail avait été confiée aux seuls efforts d'une nature impuissante ?

Combien de longues heures se fût-il encore prolongé? Quelles conséquences pouvaient entraîner, pour la jeune mère, ces interminables souffrances?

Que fût-il advenu de l'enfant, retenu, dans le sein maternel, par une doloire funiculaire cervicale? N'est-il pas permis, en un mot, de tout supposer?

Au contraire, par une action résolument militante, par la mise en œuvre de deux instruments si aisés à utiliser, d'un effet aussi sûr qu'inoffensif, j'ai pu, en trois quarts d'heure, mettre fin à l'accouchement de la façon la plus heureuse.

Que mes lecteurs veuillent bien comparer cette manière de faire aux modes consacrés par les uns et coutumes traditionnels, et qu'ils se fassent juges entre l'ancienne et la nouvelle méthode.

Pour apprécier cette dernière avec plus ample connaissance de cause que par la lecture d'un simple article de journal, je les engage à vouloir bien consulter mon dernier et tout récent ouvrage, exclusivement consacré à l'exposé de la *méthode ocytocique*, ACCOUCHEMENT RAPIDE. Quiconque a des yeux pour voir, ne saurait manquer de reconnaître l'importance du progrès qu'a apporté ce nouveau mode de faire dans une branche de notre art qui comportait réellement d'importantes réformes.

Avant de terminer, j'ai encore quelques mots à ajouter, au sujet de *la délivrance*.

Dans une leçon du professeur Pajot, publiée dans un journal

d'accouchements, qui a le tort de porter un titre trop modeste (1), le savant accoucheur formule en ces termes le précepte applicable à la délivrance :

« *Tendre et attendre.* »

En d'autres termes :

« Tirer en bas sur le cordon et ne pas se décourager. Attendre sans lâcher. »

On a vu que ce précepte n'est pas le mien.

Au bout d'une demi-heure, quand j'ai vu échouer mes tractions méthodiquement effectuées sur le cordon, je n'hésite jamais à engager la main au sein de la cavité utérine, pour aller à la recherche du placenta, retenu soit par une contraction spasmodique de l'orifice supérieur de la matrice, soit par l'inertie de cet organe, soit par des adhérences. Je n'ai jamais eu qu'à me louer de cette action militante qui, assurément, peut mettre à l'abri de bien des mécomptes et de bien des accidents.

Dr L. Hamon de Fresnay.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 18 *juin* 1884. — *Présidence de* M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie vaginale dans les cas de cancer. — M. Demons (de Bordeaux), à l'occasion de la communication de M. Jules Bœckel, et pour répondre à l'appel de M. Verneuil (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1884, p. 525), adresse une note contenant la relation de sept extirpations totales de l'utérus qui ont été pratiquées par divers chirurgiens de Bordeaux. Voici le résumé de ces sept observations :

1er cas : femme de trente ans, carcinome du col et du corps utérins, hystérectomie vaginale pratiquée par M. Demons le 9 décembre 1882, péritonite consécutive, phlegmatia alba do-

(1) *Journal des Sages-Femmes*, n° du 1er août 1884.

lens, guérison, récidive du cancer cinq mois après l'opération vit encore aujourd'hui, dix-huit mois après.

2e cas : femme de trente-quatre ans, cancer du col et du corps, opération pratiquée le 6 janvier 1883 par M. Dudon ; aujourd'hui, dix-huit mois après, pas encore de récidive.

3e cas : carcinome très étendu, hémorrhagies très abondantes, anémie profonde, mort prochaine si on abandonne la malade à elle-même ; opération pratiquée le 22 février 1883, par M. Mandillon, neuf mois de santé parfaite, récidive, mort de généralisation un an après l'opération.

4e cas : femme de trente-six ans, carcinome du col et du corps, opération pratiquée par M. Dudon, mort de péritonite quatre jours après.

5e cas : opération pratiquée par M. Demons, éponge laissée par mégarde dans l'abdomen, péritonite, mort quatre jours après.

6e cas : mort de péritonite six jours après l'opération.

7e cas : opération pratiquée par M. Demons le 28 février 1884, guérison un mois après et qui s'est maintenue depuis.

En résumé, sur ces 7 cas, il y a eu 3 décès par péritonite immédiatement consécutive ; 4 survies avec récidives cinq mois, neuf mois, un an, dix-huit mois après l'opération ; une seule vit encore sans traces de récidive dix-huit mois après.

Cette statistique est, en somme, peu brillante et l'hystérectomie vaginale pour des cas de cancer ne doit être acceptée qu'avec une grande réserve. Faut-il la proscrire absolument ? Tel n'est pas l'avis de M. Demons. Cependant, chaque fois qu'il sera possible de prolonger l'existence des malades et de soulager leurs souffrances par des pansements ou de petites opérations sans danger, il faudra préférer ces moyens palliatifs. De même, si un examen attentif permet de reconnaître que l'ablation seule du col suffit pour enlever bien largement tout le mal, un chirurgien serait coupable d'aller au delà et de tenter, dans ces cas, l'ablation totale par le vagin qui est une opération dangereuse.

Donc l'extirpation totale ne devra être tentée que dans des cas exceptionnels, chez des malades vouées à une mort prochaine et affreuse. En effet, si, dans certains cas, cette opération a entraîné la mort par péritonite ou a été suivie très prompte-

ment de récidive, dans d'autres celle-ci n'est survenue qu'un assez long temps après et les malades ont pu tirer de l'opération le bénéfice d'une survie encore assez longue et sans souffrances. M. Demons, sans se montrer partisan enthousiaste de l'hystérectomie vaginale, dans les cas de cancer utérin, croit que cette opération est indiquée dans un certain nombre de cas et qu'elle peut rendre quelques services.

M. Verneuil présente une note de M. Dudon (de Bordeaux) sur le même sujet. Ce travail est renvoyé à une commission composée de MM. Verneuil, Terrillon et Terrier.

Traitement des fistules vésico-vaginales. — M. Hergott (de Nancy) emploie depuis quelques années la méthode de Bowmann pour le traitement chirurgical des fistules vésico-vaginales. Il insiste tout particulièrement sur les avantages de la méthode dite préparatoire, qui consiste à préparer longtemps d'avance, par diverses manœuvres, les tissus pour l'opération. Il fait également ressortir la nécessité, dans certains cas, de la position genu-pectorale des opérées, adoptée d'une façon générale par le chirurgien américain, les avantages du spéculum univalve, etc. Il a eu affaire à six petites fistules dont l'une a présenté de grandes difficultés; elle a été opérée trois fois et la malade n'est pas encore sûrement guérie. Les cinq autres petites fistules ont été guéries immédiatement.

M. Hergott passe en revue ses diverses observations. Dans la troisième observation, la fistule a été très difficile à trouver. La guérison a été obtenue par première intention. Le quatrième cas a été suivi de guérison. Le cinquième est un insuccès complet; M. Hergott exprime le regret de n'avoir pas, dans ce cas, eu recours à la méthode préparatoire de Bowman. Les sixième, septième et huitième observations ont été suivies de guérison après une seule opération. La neuvième, qui était un cas très difficile, en apparence inopérable, a été suivie de guérison avec rétroversion intentionnel du col. Enfin, dans le dixième cas, la malade n'a pu être opérée que dans la position genu-pectorale.

En terminant, M. Hergott insiste sur les avantages de cette méthode auxiliaire ou préparatoire dans le traitement des fistules souvent rebelles à toute action chirurgicale.

(*Gazette des hôpitaux.*)

Séance du 2 juillet 1884. — *Présidence de* M. MARC SÉE.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DU CANCER DE L'UTÉRUS. — M. GALLARD, à l'occasion de la discussion actuellement pendante sur ce sujet, fait une communication dont voici le résumé : il se déclare tout d'abord partisan de l'intervention chirurgicale dans les cas de cancer de l'utérus, considérant que, comme le cancer de toutes les autres parties du corps qui sont accessibles à l'action du chirurgien, celui de l'utérus doit être traité par l'ablation de la partie malade. Dans certains cas, dit-il, où l'intervention paraît devoir être le plus inutile, elle procure parfois un soulagement tout à fait inespéré et, à ce titre seul, rend d'éminents services aux malades. On doit pratiquer l'ablation totale de la partie malade toutes les fois qu'elle est possible. Malgré l'ablation totale la plus large, la récidive est toujours à craindre ; mais il suffit que vous ayez la moindre espérance d'obtenir une guérison définitive, pour que vous soyez autorisé, pour que vous deviez même recourir à cette ablation. Alors même que l'affection aura dépassé les limites que vous pouvez atteindre, vous devrez, dans un certain nombre de cas, intervenir, ne serait-ce que pour apporter un réel soulagement aux malades, conjurer des accidents de suppuration ou d'hémorrhagie qui les épuisent, ou même enrayer parfois la marche de la maladie.

M. Gallard passe ensuite en revue les diverses méthodes d'ablation : Lisfranc, dit-il, amputait le col de l'utérus cancéreux avec l'instrument tranchant ; il a eu, par ce procédé, des insuccès et des accidents de toutes sortes : d'abord il ne pouvait se mettre, comme aujourd'hui, suffisamment en garde contre la septicémie et l'hémorrhagie. Ensuite il commettait une faute selon moi, c'était de s'appliquer à attirer le plus possible le col utérin à la vulve ; il exerçait, dans ce but, de puissantes tractions sur l'utérus, souvent même en sectionnait les ligaments. Ces tractions constituent une des causes les plus efficaces de ses insuccès. Il faut laisser l'utérus là où il est et ne pas tirer dessus. Enfin Lisfranc ne se servait que du bistouri ou des ciseaux, instruments peu commodes et non exempts de dangers quand il s'agit de l'utérus.

L'écraseur linéaire de Chassaignac, le serre-nœud de Maisonneuve, constituaient un réel progrès pour ce genre d'opérations ;

toutefois, ces instruments sont difficiles à appliquer au fond du vagin. Avec l'écraseur, il faut encore attirer l'utérus à la vulve. Avec le serre-nœud, on peut plus facilement le porter au-dessus de la partie à enlever, mais on agit avec une extrême lenteur, puis l'anse, primitivement bien placée, peut glisser par la suite et l'on peut ainsi, qu'on me permette l'expression, simplement *moucher* ou ébarber le col de l'utérus au lieu de le sectionner. Enfin cette anse peut casser.

Depuis 1854, grâce à Middeltorf, nous avons l'anse galvanique, qui est beaucoup plus facile à manier et beaucoup plus sûre, tant au point de vue des hémorrhagies que de la septicémie.

M. Gallard a pratiqué vingt-cinq fois l'ablation du col utérin cancéreux et à peu près autant de fois l'ablation du col non cancéreux. Sur les vingt-cinq ablations pour des cancers, deux fois l'opération commencée avec l'anse galvanique ne put être achevée avec elle et il fallut recourir aux ciseaux ou au bistouri. Dans trois cas de cancers en choux-fleurs, végétants, ayant envahi les culs-de-sac vaginaux, ayant voulu simplement pratiquer une opération palliative, il fut assez heureux pour voir les hémorrhagies diminuer, les forces revenir et les malades notablement soulagées. Dans neuf cas, la guérison a pu être, au moins pendant un certain temps, considérée comme complète, mais plusieurs de ces malades n'ont pu être suivies assez longtemps. Dans un cas où l'ablation totale était impossible, la marche de la maladie a pu être enrayée par une opération partielle au lieu d'être activée, comme le prétendent quelques chirurgiens. On voit se produire assez rapidement la repullulation ; mais, dans beaucoup de cas, la marche de la maladie se trouve ralentie, alors même qu'on a opéré en plein tissu morbide. M. Gallard cite plusieurs exemples :

Une malade va consulter M. Depaul qui reconnaît l'existence d'un cancer épithélial et déclare la maladie trop avancée pour qu'on puisse intervenir. Un autre collègue, également consulté, porte le même diagnostic et se déclare également opposé à toute opération. Ignorant ces antécédents, je vois la malade et l'opère à l'aide de l'anse galvanique, le 14 mars 1882 ; le 20 juillet j'aperçois un petit champignon que je cautérise avec l'acide chromique ; le 2 novembre, nouvelle cautérisation avec

le thermo-cautère ; depuis cette époque, il y a maintenant dix-huit mois, le col est lisse, il n'y a plus d'écoulement, la malade a repris de l'embonpoint. Cette guérison est d'autant plus frappante que je n'ai même pas dépassé, dans mon intervention, les limites du mal.

Une autre observation analogue a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1883). Il s'agit également d'une ablation partielle en plein tissu cancéreux, d'une guérison complète momentanée et d'une repullulation dans le corps de l'utérus.

En résumé, dit M. Gallard, le cancer de l'utérus doit, comme celui de toutes les autres parties du corps, qui sont accessibles à l'action chirurgicale, et avec les mêmes chances de réussite, être traitée par l'ablation de la partie malade.

L'application de l'anse galvanocaustique, toutes les fois qu'elle est possible, est de beaucoup la meilleure manière de pratiquer cette ablation.

Elle permet d'obtenir une guérison définitive et durable quand elle est faite dans des conditions telles que toute la partie malade soit enlevée.

Elle est utile, même lorsque la section ne dépasse pas complètement toutes les parties envahies ; soit qu'elle permette d'arriver à des améliorations longtemps persistantes, et même à une guérison complète lorsqu'il est possible de détruire par des cautérisations ultérieures la portion du produit morbide qui n'a pas été enlevée ; soit que, dans des cas plus défavorables encore, elle ne serve qu'à ralentir la marche envahissante du cancer et ne produise qu'une amélioration tout à fait passagère, et soulage au moins momentanément la malade, en supprimant pendant un certain temps les hémorrhagies et les autres sécrétions pathologiques qui l'épuisent.

M. Anger rappelle que Nélaton avait recours au cautère à gaz pour l'ablation des cols utérins cancéreux. M. Anger a adopté cet instrument ainsi que le spéculum à courant d'eau et en obtient de très bons résultats. On peut, avec cet instrument, cautériser un col pendant vingt à trente minutes. L'escarre tombe généralement du quatrième au sixième jour. Il y a quinze ans que M. Anger se sert de ce moyen et il le préfère de beaucoup à l'anse galvanique.

M. Terrillon a pratiqué six ablations avec l'anse galvanique, trois à l'hôpital, trois dans sa clientèle. L'anse galvanique, dit-il, se place facilement ; la section s'opère dans de bonnes conditions. La surface de section est parfaite. Mais, dans un cas, il a eu, au sixième jour, une hémorrhagie mortelle et foudroyante. Cette observation a été publiée dans la *Gazette des hôpitaux* (année 1882). M. Terrillon cite deux cas qu'il a opérés, l'un dans lequel la récidive n'a eu lieu que trois ans et demi après, l'autre qui a été opéré il y a cinq ans et demi et dans lequel il n'y a pas encore de récidive. L'examen histologique de la pièce, fait dans le laboratoire de M. Ranvier, a pourtant montré qu'il s'agissait d'un épithélioma.

M. Desprès cite l'observation d'une femme de trente-quatre ans chez laquelle M. Bailly avait diagnostiqué un épithélioma du col utérin. M. Desprès confirma ce diagnostic et fit une cautérisation avec de l'amadou caustique. La malade resta trois mois en observation ; jusque-là aucun changement ; après trois mois, la tumeur diminua, l'ulcération se cicatrisa et la malade finit par guérir.

Voilà quatre ans qu'elle est guérie. Qu'est-ce que cela prouve ? que ce n'était pas du cancer ; et M. Desprès n'hésite pas à dire que les cas de prétendue guérison qui ont été publiés sont des cas semblables au sien. Il n'admet pas qu'une femme atteinte de cancer utérin, qu'elle soit ou non opérée, vive plus de dix-huit mois. Je crois donc, dit M. Desprès, aux faits de guérison publiés par nos collègues, mais je les aurais vus que je n'y croirais pas. M. Desprès ne s'en rapporte pas aux décisions des micrographes ; on prend, dit-il, pour les caractères de l'épithélioma des modifications des glandes hypertrophiées. En présence d'un cancer vrai de l'utérus, on peut affirmer que la malade sera morte dans les dix-huit mois. On prend parfois de l'infiltration pour de l'embonpoint ; enfin, la plupart du temps, quand les malades, atteintes de cancer utérin, se présentent aux chirurgiens, elles sont déjà arrivées à un point où elles sont inopérables ; car M. Desprès n'est pas partisan des opérations partielles toujours inutiles, parfois dangereuses.

M. Verneuil a fait vingt fois l'amputation du col cancéreux et n'a eu que deux décès. Ces opérations palliatives donnent une moyenne de survie de dix-neuf à vingt mois. Dans un cas de

cancer bien nettement déterminé, M. Verneuil a obtenu une survie de six ans après l'opération ; dans d'autres cas, il a obtenu trois ans et trois ans et demi de survie. En résumé, l'ablation du col de l'utérus cancéreux, quand on peut dépasser les limites du mal, est une excellente opération. Quand on ne peut pas tout enlever, c'est encore une bonne opération et qui rend des services éminents. Nélaton conseillait cette opération.

M. Verneuil préfère à l'anse galvanique l'écraseur de Chassaignac qu'il fixe sur le col au-dessus d'un fil placé à l'aide d'une aiguille de Deschamps ou d'un trocart très courbe.

M. Gallard a essayé tous les moyens d'exérèse du col ; jamais d'ailleurs il ne commence une de ces opérations sans être muni de tous les instruments : écraseur, serre-nœud, anse galvanique, thermo-cautère, etc. Mais il préfère, chaque fois qu'elle est applicable, l'anse galvanique. Comme MM. Polaillon et Terrillon, il a eu des hémorrhagies consécutives du sixième au dixième jour, mais il a toujours pu y remédier. Ces opérations avec l'anse galvanique procurent une amélioration immédiate et généralement sans accidents consécutifs. M. Gallard a vu des insuccès thérapeutiques, mais non des accidents opératoires. Il a vu, comme M. Després, des cols enflammés pris pour des cancers et qui ont guéri spontanément.

M. Polaillon rappelle le mémoire qu'il a publié pour préconiser, l'un des premiers, l'anse galvanique. Elle présente certaines difficultés d'application, mais elle est supérieure à l'écraseur linéaire, à l'abaissement du col et l'excision avec l'instrument tranchant. L'ablation ayant été faite avec l'anse galvanique, tout n'est pas fini ; il faut examiner la surface de section pour voir s'il est resté du tissu malade et, dans ce cas, achever l'opération avec des flèches de chlorure de zinc.

M. Polaillon déclare avoir, avec l'anse galvanique, coupé trois fois le cul-de-sac postérieur ; la première fois, il n'y eut pas d'accidents, la réunion fut immédiate ; dans le second cas, il fallut faire une suture. Dans le troisième cas, enfin, la malade succomba, mais bien plutôt à des accidents chloroformiques. Malgré ces accidents qui d'ailleurs ne sont pas tous imputables à l'emploi de l'anse galvanique, M. Polaillon la préfère à toute autre méthode et se déclare partisan des ablations partielles comme

rendant service aux malades. Il considère jusqu'ici l'ablation totale de l'utérus comme une opération déplorable.

M. Marchand a pratiqué cinq fois l'amputation complète du col; une fois avec la chaîne de l'écraseur; la malade, opérée depuis quatre ans, vit encore. Il a ainsi employé l'anse galvanique, mais il a eu des difficultés : une fois une hémorrhagie épouvantable, une autre fois de la pelvi-péritonite; dans un cas il a ouvert la vessie ; une autre fois, il a ouvert le cul-de-sac postérieur et la malade est morte, en quarante-huit heures, de péritonite suppurée.

Cinq fois M. Marchand a fait les opérations palliatives et n'a jamais eu consécutivement le moindre accident. Deux fois il a pratiqué le curage de l'utérus pour des fongosités de mauvaise nature et est ainsi arrivé à arrêter les hémorrhagies. Dans un autre cas il a fait le grattage avec la curette de Folckmann et ne s'en est pas bien trouvé. Dans les cas où le mal est dépassable, on peut, avec avantage, se servir du bistouri sans avoir trop d'hémorrhagie. Enfin, contrairement à M. Gallard, M. Marchand est partisan de l'abaissement de l'utérus pour faciliter l'opération.

M. Lucas-Championnière ne s'est pas bien trouvé des opérations partielles, à la suite desquelles on a toujours une récidive rapide. Dans un cas, il a employé les ciseaux du thermo-cautère, la malade a eu une survie de six mois et demi. M. Lucas-Championnière est donc de l'avis de M. Després et pense, comme lui, qu'un grand nombre de prétendus cancers de l'utérus, même examinés par des micrographes, ne sont que des épithéliomas. Il cite plusieurs exemples à l'appui de cette manière de voir.

M. Terrier combat l'opinion trop sévère de M. Polaillon sur l'ablation complète de l'utérus et s'applique à démontrer que les opérations partielles ne sont pas si simples, si bénignes, ni si exemptes de dangers.

M. Pozzi signale une circonstance où il est absolument indiqué d'intervenir ; c'est dans le cas d'obstruction du col par la production cancéreuse, obstruction ayant pour conséquence d'amener des coliques utérines atroces. Le chirurgien doit, dans ces cas, tout au moins désobstruer le col.

M. Tillaux ne croit pas que, d'une façon générale, on soit autorisé à dire qu'il faut faire l'ablation partielle du cancer.

Mais il reconnaît que cette opération a des indications spéciales. Par exemple, un cancer de l'amygdale va obstruer le pharynx et étouffer le malade ; il faut en réséquer une partie pour rendre la respiration possible. Lorsque le cancer est limité au col et dépassable, enlevez-le, vous ferez une bonne opération. Mais il est bien rare qu'on se trouve en présence de ces cas, les malades arrivant toujours chez le chirurgien à une période déjà avancée de la maladie ; or, quand les culs-de-sac sont envahis, les opérations partielles ne valent rien.

(*Gazette des hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 27 juin 1884. — *Présidence de* M. Bucquoy, *puis de* M. Millard.

M. Tenneson présente un *porte-ouate utérin.* Cet instrument se compose d'une sonde dont on peut varier la courbure et dont l'extrémité est garnie d'ouate, qu'on peut imprégner de substances médicamenteuses pour les porter dans la cavité utérine. Cette introduction n'exige pas la dilatation préalable du col.

A l'aide de cet instrument, M. Tenneson obtient de bons résultats dans le traitement de la métrite chronique. Le traitement local, dans cette maladie, ne doit plus consister, en effet, seulement, comme on le faisait autrefois, à cautériser ce qu'on voit dans le fond du spéculum ; la métrite limitée au col est, en effet, tout à fait exceptionnelle. D'autre part, les injections médicamenteuses intra-utérines peuvent être mortelles, et les crayons médicamenteux laissés à demeure dans la cavité du corps déterminent des accès de colique utérine si violents que le médecin n'est plus tenté d'y avoir recours. Aussi la méthode proposée par M. Tenneson lui paraît-elle supérieure aux autres. Il y a deux contre-indications à son emploi : la périmétrite et les poussées congestives et inflammatoires aiguës qui accidentent si souvent le cours de la métrite chronique. Quand il y a des tumeurs inflammatoires péri-utérines, il faut s'abstenir de cautériser la muqueuse utérine, sous peine de s'exposer à faire suppurer les masses pelvi-péritonitiques. Les poussées aiguës de congestion ou de métrite réclament l'application des émollients pendant un ou plusieurs septenaires et l'on ne doit re-

prendre les applications caustiques que si l'hypogastre n'est plus sensible et si l'utérus est mobile sans douleur. Comme substances médicamenteuses topiques, M. Tenneson préfère à l'acide azotique, au perchlorure de fer, à la teinture d'iode, une pommade au sulfate de cuivre (5 à 8 p. 30) ou au précipité blanc (2 p. 30).

M. Martineau : Je ferai un reproche à l'instrument de M. Tenneson, reproche applicable à tous les instruments qui introduisent des substances à ciel ouvert dans la cavité du corps utérin. Le tampon qu'on veut faire pénétrer dans le corps est arrêté par l'orifice interne du col souvent plus ou moins rétréci, et, s'il franchit cet obstacle, ce n'est qu'après avoir été dépouillé de la substance médicamenteuse qu'on se proposait de conduire dans la cavité du corps. Cet inconvénient est évité avec le porte-caustique que j'ai fait construire, sorte de cathéter caché, comparable à l'instrument de Lallemant.

Quant au traitement de la métrite chronique, tel que le conçoit M. Tenneson, je le trouve absolument insuffisant ; dans une inflammation chronique, il y a toujours une altération des vaisseaux, une induration scléreuse profonde que ne peuvent modifier des applications superficielles. En présence d'une maladie constituée, il faut activer la circulation pour amener la résorption des produits exsudés ; j'ai vu quatre ou cinq mille métrites depuis cinq à six ans, et je crois bien connaître cette maladie. Il n'est pas contestable que les lacunes lymphatiques de la muqueuse et du parenchyme utérin sont le siège d'une inflammation qui aboutit à la production de l'adéno-lymphite. Il ne faut pas oublier l'existence des deux réseaux lymphatiques qui se trouvent à la partie postérieure de l'utérus, et que les anatomistes russes ont bien décrits. Tel est le point de départ de l'affection appelée périmétrite par Gueneau de Mussy, pelvi-péritonite par Bernutz, et que je préfère appeler adéno-lymphite postérieure. Il ne faut pas oublier enfin que les métrites sont le plus souvent entretenues et provoquées par un état diathésique, justiciable d'un traitement général.

M. Tenneson : Je n'ai pas dit un mot qui puisse faire croire que je veux guérir la métrite chronique uniquement par des badigeonnages intra-utérins. J'accepte le terme de périmétrite, afin de ne pas préjuger la question anatomo-pathologique pour

désigner les tumeurs inflammatoires péri-utérines ; je suis disposé à admettre que le rôle des lymphatiques, dans leur production, est considérable, ainsi que l'a montré Lucas-Championnière. Si je n'ai pas parlé du traitement général, c'est que cela ne rentrait pas dans ma communication. Mais, puisque le mot diathèse a été prononcé, je dirai volontiers qu'à mon avis, les diathèses sont des mots, rien que des mots, qui servent à déguiser notre ignorance, quand nous ne savons pas les conditions de production des phénomènes.

M. MARTINEAU rappelle que c'est lui qui a remis en lumière le rôle de l'inflammation des lymphatiques.

M. BUQUOY réclame en faveur de M. Lucas-Championnière pour la priorité de l'étude des lymphatiques utérins.

M. MARTINEAU : J'ai reconnu déjà que M. Lucas-Championnière, M. Siredey, comme M. A. Guérin, ont parlé du rôle des lymphatiques dans les affections utérines. Mais je ne pense pas qu'ils aient fait une étude aussi complète de l'adéno-lymphite que je l'ai faite moi-même.

(*L'Union Médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ CHEZ UNE FEMME DONT LE BASSIN MESURE 9 CENTIMÈTRES SANS DÉDUCTION. — APPLICATION DU FORCEPS AU DÉTROIT SUPÉRIEUR.— ENFANT VIVANT. — SUITES DE COUCHES NORMALES.

Par le docteur TRIAIRE (de Tours).

La femme L.., qui fait le sujet de cette observation, habite le petit village de Villeperdue, aux environs de Tours. Elle est âgée de trente-trois ans, de petite taille. La tête est grosse, les membres inférieurs légèrement incurvés. Le thorax ne présente ni malformation ni enchondrome ; la colonne vertébrale, parfaitement droite dans sa partie supérieure et moyenne, offre une *ensellure* prononcée à la région lombaire. Le ventre est proéminent, *en besace*, l'ouverture des organes génitaux située très en arrière. Le doigt mesurant le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur arrive directement sur le promontoire et donne, pour le diamètre sacro-sous-pubien, 9 centimè-

tres environ ; ce qui porte, avec la déduction, à 7 centimètres 1/2 le diamètre sacro-pubien net.

Cette femme a eu cependant trois accouchements, en y comprenant celui qui fait l'objet de cette note. Le premier a eu lieu en 1871. Assistée par un officier de santé qui tenta infructueusement plusieurs applications de forceps, elle fut finalement délivrée par le docteur Nivert, alors médecin à Tours, qui, après de longues et pénibles tractions, put enfin extraire un enfant qui avait cessé de vivre. Elle resta, dit-elle, trois mois malade après cet accouchement, et ses règles cessèrent d'être périodiques depuis cette époque, pour se suspendre fréquemment plusieurs mois de suite.

En 1879, elle redevint enceinte ; et appelé moi-même à l'accoucher, je constatai l'angustie du bassin, observai que la tête restait immobile au détroit supérieur, que les contractions, si vives qu'elles fussent, ne parvenaient pas à l'engager dans l'excavation, et qu'une énergique intervention s'imposait. Je procédai à une application de forceps qui, comme la précédente, fut exceptionnellement laborieuse, et je dus aussi déployer de longs efforts pour extraire un enfant qui resta également privé de vie. Les suites furent normales.

Je la prévins que, dans le cas où elle contracterait une nouvelle grossesse, il serait indispensable de l'accoucher avant terme, si elle voulait avoir une délivrance moins périlleuse et obtenir un enfant vivant. Je l'engageai à me prévenir vers le milieu de sa future gestation.

En 1882, elle devint en effet grosse une troisième fois et vint me consulter vers le mois de novembre. Je constate de nouveau le rétrécissement du bassin, et avant de revoir mes notes, je trouve, par la mensuration, que le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur ne dépasse pas 9 centimètres sans déduction, chiffre conforme à ma première observation.

Trop irrégulièrement menstruée pour que je puisse calculer, par la suspension de ses époques, la date précise de la fécondation, j'estime, par les mouvements actifs qu'elle a perçus pour la première fois le jour de la Toussaint (1er novembre), qu'elle était enceinte à cette époque de quatre mois et demi, et que sa grossesse doit remonter au 15 juin.

Fort courageuse et très énergique, possédée au plus haut degré du désir de donner le jour à un enfant vivant, Mme L... me supplie de lui pratiquer à terme la section césarienne. Convaincu, par l'expérience

des accouchements précédents, quelque laborieux qu'ils aient été, que la viabilité de son enfant peut être obtenue avant le terme de la gestation sans lui faire encourir à elle-même aucun danger sérieux, je refuse de me rendre à sa demande et lui fais accepter l'intervention par la provocation du travail. De crainte d'erreur chez cette femme mal réglée, je choisis l'époque la moins éloignée du terme de la grossesse et décide l'opération pour le 15 février. A cette date elle sera au plus enceinte de huit mois, certainement de plus de sept mois, et se trouvera en outre au moment correspondant à ses époques, circonstance qui favorisera la provocation de l'accouchement.

Le 15 février dernier, à dix heures du matin, je porte au delà de l'orifice interne l'ampoule excitatrice de M. Tarnier, dans laquelle j'introduisis 50 grammes d'eau. Vers une heure, des contractions se font sentir, bientôt énergiques et rapprochées. A trois heures, l'ampoule se rompt en produisant une détonation d'une certaine violence. Mme David, sage-femme fort intelligente de Tours, qui ne quitte pas la parturiente, me fait aussitôt prévenir.

J'arrive auprès d'elle vers trois heures ; les contractions se sont développées déjà assez vives et assez fréquentes. Le col est toujours long, mais l'orifice interne un peu perméable. J'y introduis un cône d'éponge préparée que je pousse au delà de cette ouverture et que je maintiens avec une autre petite éponge placée dans le vagin.

Les contractions durent toute la nuit, de plus en plus fréquentes et de plus en plus violentes ; elles sont difficilement supportées par la femme. A sept heures du matin, j'arrive auprès d'elle et j'enlève les éponges. Le col a conservé encore une partie de sa longueur, mais est très mou, et la poche des eaux fait hernie à chaque contraction à travers les deux orifices. On peut déjà, quoique avec beaucoup de peine, sentir plutôt que préciser la présentation du sommet.

9 *heures*. Les douleurs sont intolérables, la présentation du sommet est certaine, mais la partie trop élevée pour reconnaître la position. Estimant que la résistance qu'oppose l'angustie pelvienne à l'engagement de la présentation à travers le détroit supérieur se trouve encore aggravée par un excès de liquide amniotique qu'il est facile d'apprécier, on rompt les membranes le plus en arrière possible, afin que le liquide ne s'évacue que partiellement et lentement et que son issue brusque n'expose pas au prolapsus du cordon très fréquent dans ces circonstances.

10 *heures*. Le col est plus effacé, mais les deux orifices sont en-

core sensibles et serrent légèrement le doigt pendant la contraction. La tête très élevée au-dessus du détroit supérieur. Les douleurs ont atteint une violence extraordinaire et sont hors de proportion avec l'influence plus que médiocre qu'elles exercent sur la dilatation de l'orifice. Il est évident que le travail, quoique je l'aie avancé d'un bon mois, prend les mêmes allures que durant les accouchements antérieurs.

Je me décide, dans l'intérêt de la mère, qui ne peut souffrir plus longtemps, et dans celui de l'enfant, à intervenir immédiatement malgré les apparentes difficultés matérielles que présente cette intervention. L'orifice ne paraît pas, en effet, suffisamment dilaté pour se prêter à une manœuvre obstétricale. Mais on sait, comme l'a fait observer Mme Lachapelle, que dans ces cas son resserrement est passif, est dû au défaut de soutien et de distension de ses bords, et que l'on peut compter sur une assez grande dilatabilité.

A la rigueur, en pratiquant au préalable la dilatation digitale et en m'y prenant lentement et doucement, je puis faire la version ; si je parviens cependant à passer les cuillères du forceps à travers l'orifice, c'est à cet instrument auquel, pour des raisons que l'école obstétricale française a rendue classiques, je donnerai la préférence.

Mme L... étant complètement anesthésiée, la sage-femme est chargée d'abaisser et d'immobiliser la présentation à travers les parois abdominales. Je parviens assez rapidement à dilater suffisamment l'orifice pour glisser les cuillères du forceps qui sont solidement articulées et dont la prise paraît bonne.

Les efforts de traction sont assez laborieux, durent de douze à quinze minutes et dégagent un enfant un peu stupéfait d'abord, mais que les premiers soins ne tardent pas à ranimer.

L'enfant appartient au sexe féminin ; elle a été saisie par son diamètre bi-temporal et porte les traces de la compression assez énergique qu'ont exigée les efforts de traction. Elle est menue, délicate et pèse un peu moins de trois livres. Trop faible pour prendre le sein, elle est nourrie avec le petit appareil que M. Depaul a bien voulu présenter en mon nom à l'Académie et qui, évitant à l'enfant les efforts de la montée du lait et lui donnant une prise plus facile que le mamelon de la mère, constitue un véritable biberon maternel. Elle prend aujourd'hui le sein directement et vient très bien. Suites de couches physiologiques. La mère n'a même pas eu de fièvre de lait et s'est toujours très bien portée.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

APOPLEXIE DE LA RÉTINE PENDANT LA GROSSESSE.

M. le docteur Dujardin rapporte, dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, un fait d'amaurose survenant dans le cours de la grossesse et dû à une hémorrhagie rétinienne. Ces faits sont loin d'être rares, bien que généralement peu connus. Dans son *Traité des maladies des yeux*, Desmarres consacre un chapitre aux maladies de la rétine, considérées pendant la grossesse et la parturition et, à ce propos, il cite plusieurs cas d'amaurose par apoplexie de la rétine cehz les femmes grosses. Quelquefois, dit-il, l'amaurose disparaît entièrement, d'autres fois elle persiste toute la vie à des degrés divers. Dans le fait rapporté par M. Dujardin, la malade, âgée de 39 ans, perdit subitement l'usage de l'œil droit ; à l'ophthalmoscope, on put constater un foyer hémorrhagique d'une étendue très considérable situé dans la région de la macule et atteignant presque la papille. Cette lésion paraissait indépendante de toute affection inflammatoire de la rétine ; mais cette malade présentait tous les signes de la constitution dite pléthorique. Elle était enceinte de six mois et avait dû être saignée déjà à l'une de ses grossesses. Il n'y avait ni affection cardiaque, ni altération quelconque dans la sécrétion urinaire. On pouvait donc ici admettre un trouble de la circulation comme origine de l'accident. La vision de cet œil était presque entièrement abolie. Néanmoins, quelques semaines après l'accouchement, la malade annonçait que la vision commençait à revenir et que chaque jour sa vue s'affermissait. L'examen ophthalmoscopique permit en effet de constater la résorption graduelle de l'épanchement. Dix mois environ après l'accouchement, la vision était revenue dans toute son intégrité, le tissu rétinien semblait n'avoir subi aucune espèce d'altération.

Ce retour à l'acuité visuelle normale, après une vaste hémorrhagie de la rétine, ayant persisté plus de trois mois, présente un intérêt particulier.

(*Journal de médecine et de chirurgie pratiques*.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

LE MATÉ

Le 9 juillet 1881, M. Louis Couty publiait dans la *Revue scienti-*

fique sous ce titre : Hygiène, un article qui fixa aussitôt l'attention des savants.

M. Louis Couty révélait à l'Europe un aliment nouveau pour elle qui en connaissait à peine le nom ; mais en revanche fort en usage, dans l'Amérique du Sud : le Maté (Ilex Paraguayensis.)

Cet *ilex* croît en abondance dans le Paraguay, le Rio-Grande, le Parana et la province de Sainte-Catherine ; il se développe spontanément et les habitants de la République Orientale, de la République Argentine, d'une grande partie du Chili, du Pérou, de la Bolivie, etc.., n'ont guère tardé à connaître les qualités précieuses de cet arbre dont la nature les gratifiait si libéralement.

Le Docteur Cornibert qui, ainsi que M. Couty, a parcouru les rives de la Plata en observant, à chaque instant de son séjour dans l'Amérique du Sud, les excellents effets obtenus par ceux qui faisaient usage du Maté, classe ce produit, d'accord avec le professeur Gübler, parmi les plus énergiques *dynamophores*.

Ce qualificatif explique clairement de lui-même le rôle des agents physiologiques auquels il s'applique, qui sont des *réparateurs de forces* et parmi lesquels le Maté tient le sceptre.

Devant l'opinion formelle de savants tels que MM. d'Arsonval, Couty, Gübler, Cornibert et Figuier, M. Bucaille, pharmacien à Coulommiers, a eu l'idée d'étudier attentivement le *Maté*, aussi bien dans sa constitution même que dans ses effets. Les recherches auxquelles il s'est livré lui ont fait découvrir dans le nouveau produit : un alcaloïde déjà connu, *la Matéine* ; une huile essentielle ; des amers et astringents résinoïdes ; de l'acide métatannique ; des matières albuminoïdes, etc.

Cette étude n'a pas manqué de faire naître chez lui l'ardent désir d'acclimater, pour ainsi dire, ce nouvel aliment, cet *aliment d'épargne*, comme dit Louis Figuier, dans la thérapeutique européenne, et dans ce but, il a imaginé d'associer le *Maté* à un vin généreux d'Espagne qui en stimule encore les propriétés alibiles.

C'est en ce moment surtout où la science médicale engage une lutte acharnée contre le choléra, que l'usage du *Maté* serait d'une haute importance. En voulez-vous une preuve : nous relevons dans ce produit les qualités suivantes, découvertes par MM. d'Arsonval et Couty : il a une action considérable sur les échanges des éléments gazeux du sang ; il modifie le sang veineux comme le sang artériel et di-

minue leur acide carbonique et leur oxygène dans de grandes proportions, le tiers et quelquefois la moitié des quantités normales.

STEPHEN.

DES EAUX POTABLES EN TEMPS D'ÉPIDÉMIE.

Les médecins et les hygiénistes sont tous d'accord pour reconnaître l'influence énorme que joue l'eau en boisson dans la production du choléra.

Dans son instruction sur l'hygiène à suivre en temps d'épidémie, que vient de rédiger le comité consultatif d'hygiène, sur le rapport de M. Proust, il est dit en propres termes : « L'usage d'une eau de mauvaise qualité est une des causes les plus communes du choléra. L'eau de puits, de rivières, des petits cours d'eau, est souvent souillée par les infiltrations du sol, des latrines, des égouts, par les résidus des fabriques. Quand on n'est pas sûr de la bonne qualité de l'eau servant aux boissons où à la cuisine, il est prudent d'en faire bouillir chaque jour plusieurs litres pour la consommation du lendemain, l'ébullition donnant une sécurité... *Les Eaux minérales naturelles dites* « EAUX DE TABLE » rendent, dans ces cas, de grands services. »

Le médecin allemand Koch, en quittant Toulon où il est venu observer le choléra, qu'il a déjà étudié dans l'Inde et en Egypte, a écrit dans le mémoire qu'il a remis à la municipalité toulonnaise : « On évitera l'emploi d'une eau douteuse et de celle qui provient soit d'un puits de petite profondeur, soit d'un marais, soit d'un étang ou d'un ruisseau recevant des eaux viciées. »

De son côté, le professeur agrégé Lereboullet, dans une instruction populaire qu'il vient de publier dans le numéro du 10 juillet de la GAZETTE HEBDOMADAIRE, consacre un alinéa spécial aux eaux et dit : « Ne faire usage que d'une eau parfaitement pure ; *préférer les eaux minérales naturelles* et *non falsifiées* aux eaux de puits ou de sources dont on n'est jamais sûr, si l'on n'a pas le soin préalable de les faire bouillir. »

Mais nous savons tous combien les eaux bouillies sont peu agréables à boire et nous savons aussi combien le professeur Bouchardat est dans le vrai, lorsque, dans son magistral *Traité d'hygiène*, il dit que « les eaux simplement filtrées sont encore bien impures et que la filtration est impuissante pour en séparer les ferments ».

Certaines personnes font des *eaux artificielles* un usage qui n'est pas sans danger, ainsi que le fait si judicieusement remarquer aussi le même professeur, car, étant souvent fabriquées avec de l'eau de puits ou de rivière, la plupart du temps non filtrée, elles offrent par conséquent tous les inconvénients justement reprochés à ces eaux.

De ce qui précède, il ressort nettement que, pour la cuisine, il faut faire usage d'eau filtrée et bouillie, mais que l'hygiène la plus élémentaire conseille de s'abstenir de cette eau en boisson, et que *les meilleures eaux que l'on puisse boire sont les eaux minérales naturelles, dites* «EAUX DE TABLE ». Parmi celles-ci, la première qui se présente à l'esprit est naturellement l'*Eau de Saint-Galmier* (*source Badoit*) dont tous les médecins font un usage personnel journalier. L'éloge de la *source Badoit* n'est plus à faire. D'un goût très agréable et très frais, cette eau, absolument pure et limpide, légèrement alcaline, bicarbonatée, très riche en acide carbonique qui s'y trouve naturellement à l'état de dissolution aqueuse, est franchement apéritive, réveille les estomacs et les intestins paresseux, active leurs sécrétions, régularise leurs fonctions en même temps qu'elle accroît leurs contractions péristaltiques; ce qui la rend indispensable à toutes les personnes atteintes de gastralgie, de dyspepsie, dont les digestions sont pénibles, irrégulières, et qui sont sujettes à la constipation.

D^r THIBAULT.

DE L'EMPLOI DE LA PEPTONE PHOSPHATÉE DANS LES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE

Par M. le docteur A. JUDET.

Nous ne saurions être trop édifiés sur les services précieux que l'on est en droit d'attendre de l'administration du phosphate de chaux dans la grossesse et pendant l'allaitement.

Il nous semble particulièrement qu'on ne saurait trop le conseiller en pareil cas, toutes les fois qu'il y a chez le père ou chez la mère diathèse scrofuleuse. Par son action propre, il constitue pour la mère un véritable aliment d'épargne qui la met à l'abri de toute pénurie osseuse ; de plus, étant un excitant puissant des grandes fonctions de nutrition, il provoque l'assimilation d'albuminoïdes, contribuant de la sorte à fortifier l'organisme et à placer la mère dans les meilleures conditions pour fournir sans fatigue, en même temps que le phos-

phate calcaire, les éléments protéiques nécessaires au développement de l'enfant.

Nous pourrions apporter beaucoup de faits probants à l'appui de cette théorie, bien indiscutable d'ailleurs, et si nous nous contentons de relater à grands traits l'observation suivante, c'est qu'elle renferme encore un enseignement d'un autre genre :

Observation. — Nous fûmes appelé en août 1882 pour donner nos soins à Mme L... De complexion délicate, lymphatique, cette dame, âgée de vingt-sept ans, est en proie depuis quelques jours à des vomissements incoercibles provoqués par une troisième grossesse arrivée à son troisième mois. Nous pouvons constater un amaigrissement déjà sensible, un peu de fièvre avec soif assez vive. Nous conseillons successivement les moyens essayés en pareil cas : chloral et valérianate de caféine alternés, mouche d'opium sur l'épigastre. — Sous l'influence de ce traitement, combiné à une alimentation de facile digestion, il y a bien d'abord une légère amélioration qui consiste en ce que les aliments ne sont pas rejetés immédiatement et seulement après qu'il y a eu commencement de digestion. Mais cette amélioration, insuffisante déjà, dure peu, et nous retombons rapidement dans la situation antérieure qui, venant à se prolonger, ne manque pas de devenir alarmante. Nous songeons à proposer la cautérisation du col ; mais auparavant et, comme dernière tentative, nous décidons de supprimer toute espèce de médication et d'alimentation pour donner uniquement à la malade, et par petites doses à la fois, une infusion légère d'écorce d'oranges amères additionnée de peptone phosphatée (*vin de Bayard*) dans la proportion de six cuillerées de cette dernière à faire prendre en vingt-quatre heures. Après quelques légers phénomènes d'intolérance cette tisane nutritive est finalement gardée, et la quantité de peptone portée successivement de six à douze cuillerées. Cette alimentation exclusive fut continuée cinq jours pleins, après quoi on lui adjoignit peu à peu des consommés et des potages qui furent très bien tolérés et ne tardèrent pas à faire place à une alimentation aussi substantielle que le réclamait la situation de la malade. Nous lui conseillâmes toutefois de continuer l'usage de cette préparation, à la dose de deux à quatre cuillerées par jour, non seulement pendant sa grossesse, qui s'acheva de la manière la plus heureuse, mais encore pendant toute la durée de l'allaitement. — Sous l'influence de ce régime, l'appétit se maintint constamment très bon, et Mme L... ne revit plus ces digestions laborieuses dont elle se plaignait

fréquemment avant sa grossesse. L'accouchement eut lieu à terme de la manière la plus naturelle, et cette dame mettait au monde, dans le courant de février 1883, un gros garçon très bien constitué. — Mme L...., qui, à son grand chagrin, n'avait pu nourrir elle-même, par insuffisance de lait, ses deux précédents enfants, fut une excellente nourrice pour ce dernier qui, d'autre part, présenta une dentition extrêmement précoce.

Cette observation, qui vient corroborer ce que nous venons de dire sur les avantages de l'administration du phosphate de chaux pendant la grossesse et l'allaitement, témoigne de plus quels bénéfices on peut retirer, dans les vomissements incoërcibles, d'une préparation phosphatée, très nutritive sous un petit volume et capable d'être assimilée presque directement et, pour ainsi dire, sans le concours de l'estomac.

Il est bon de remarquer toutefois que le choix d'un phosphate de chaux ne saurait être indifférent ; et c'est le lieu de rappeler que les recherches des physiologistes de ce temps viennent de démontrer de la manière la plus formelle, qu'à l'exemple du fer qui n'est assimilable qu'à la condition d'être administré sous la forme d'albuminate, le phosphate de chaux n'est susceptible d'entrer dans l'économie que *combiné à une substance protéique nutrimentive*.

Peptone et phosphate de chaux constituent donc bien une préparation très rationnelle, très physiologique qui, renfermant les éléments du système osseux et du muscle, fournit, sous un petit volume, un reconstituant d'une grande puissance qui, dans notre époque surmenée et de *misère physiologique*, a des indications trop multiples pour que nous puissions les indiquer.

Nous n'en citerons qu'une, toute d'actualité. Au milieu des théories des épidémiologistes, finalement pleines d'incertitudes et d'obscurités, un seul point paraît acquis : la nécessité d'une hygiène bien comprise et d'une alimentation capable d'affermir l'organisme pour constituer finalement ce qu'on désigne par la non-réceptivité du terrain. Or, d'autre part, par ces grandes chaleurs qui donnent lieu à tant d'anorexies et, partant, à tant d'organismes débilités, n'est-on pas en droit de concevoir qu'on retirera de grands profits d'un produit comme la peptone phosphatée Bayard, qui, sagement administrée, augmente la résistance organique de chaque individu et, par là même, doit contribuer à restreindre les terrains favorables à l'ensemencement des germes morbigènes ?

(*Gazette des hôpitaux.*)

FORMULAIRE

—

Aperçu physiologique et thérapeutique sur l'anémone pulsatille.— Sa valeur dans le traitement des affections utérines (J. Chéron).

Les traités de thérapeutique, voire même les plus récemment publiés, restent muets sur l'action physiologique et sur l'action thérapeutique de l'anémone pulsatille.

Quelques praticiens, cependant, m'ont dit en avoir fait usage dans le traitement des affections utérines avec un certain succès ; mais, les renseignements qui m'ont été donnés manquant de précision, j'ai repris la question *ab ovo*. Voici les résultats de ces recherches.

Lorsqu'on donne de la teinture de pulsatille à une femme, à doses progressives, dans une petite quantité d'eau, c'est-à-dire en commençant par une goutte, et en augmentant d'une goutte chaque jour, il est difficile de dépasser la dose de 10 gouttes chaque fois et de 20 gouttes par jour, parce que l'action locale se fait sentir, dès les premières gouttes, sur les premières voies et bientôt dans le petit bassin s'éveillent des douleurs que les femmes comparent aux premières douleurs de l'accouchement ; elles se sentent mouillées, c'est-à-dire qu'un flot de mucus est rejeté par la matrice. Quelques-unes comparent les douleurs qu'elles éprouvent dans la région lombo-sacrée et dans le ventre aux douleurs qu'elles éprouvent au premier jour des règles.

Si l'on pratique le toucher chez la femme qui prend de la teinture d'anémone pulsatille et qui éprouve les douleurs que je viens de signaler, on trouve l'utérus en antéversion exagérée, immobile, c'est-à-dire difficile à faire mouvoir par le toucher,

Si on examine au spéculum, on trouve le col rouge, plus rarement violacé, le méat peu entr'ouvert et du mucus s'échappant de la cavité.

Quelquefois il survient un petit écoulement de sang, en dehors de l'époque des règles, écoulement qui se supprime dès qu'on cesse de faire usage de la pulsatille.

De ces observations répétées un grand nombre de fois, j'ai cru pouvoir conclure que la pulsatille détermine l'entrée en jeu de cet appareil musculo-érecteur du mésoaruim et du mésometrium si bien décrit par le professeur Rouget, contraction à laquelle est

due la congestion hémorrhagipare qui produit l'écoulement menstruel.

Ce qui permet d'établir ce rapprochement, c'est le fait de la fixation de l'utérus en antéversion exagérée sous l'influence de l'emploi de la pulsatille, comme on l'observe au premier jour des règles.

L'application thérapeutique de la pulsatille me semble surtout indiquée :

1° lorsqu'il y a lieu de combattre l'amenorrhée ou la dysménorrhée chez les jeunes filles et les jeunes femmes chlorotiques ou lymphatiques, chez lesquelles le phénomène de l'érection menstruelle ne se fait pas ou se fait incomplètement faute de tonicité ;

2° dans les cas d'endométrite muco-purulente ;

3° dans les cas de regression incomplète avec engorgement ;

4° dans les cas d'abaissement de l'utérus.

Jusqu'ici je n'ai fait usage que de la teinture que j'emploie associée au sirop d'écorces d'oranges amères, pour diminuer son action irritante sur les premières voies, d'après la formule suivante:

Teinture d'anémone pulsatille..... 60 gouttes
Sirop d'écorces d'oranges amères.. 300 grammes

Prendre de 1 à 6 cuillerées à café avant chaque repas.

Je dépasse rarement la dose de 3 cuillerées à café avant le repas, deux fois par jour, ce qui fait 8 gouttes par jour.

J'ai employé quelquefois la pommade suivante chez les personnes qui ne veulent prendre aucun médicament.

Teinture de pulsatille......... 10 grammes
Axonge..................... 60

Onctions douces sur la région lombo-sacrée et sur l'hypogastre.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

5e LEÇON

SIGNES PROBABLES ET SIGNES CERTAINS DE GROSSESSE RECONNUS D'UNE FAÇON A PEU PRÈS UNIVERSELLE. — MOYENS D'INVESTIGATION EMPLOYÉS PLUS SPÉCIALEMENT DANS LES PAYS CIVILISÉS.

Pour compléter l'ensemble des premiers signes de la grossesse dont nous avons parlé dans la leçon précédente, il me reste à vous entretenir, Messieurs, des signes *probables* et des signes *certains* appelés par les auteurs signes de probabilité et de certitude.

Dans les premiers nous rangerons les modifications de la partie supérieure de l'utérus et le ballottement abdominal (mouvements passifs).

Ainsi, non seulement le volume du ventre augmente, ce dont tous les peuples peuvent s'apercevoir, mais l'utérus en particulier subit une augmentation graduelle qui réclame pour son appréciation une certaine habitude.

A 3 mois, le fond de l'utérus atteint la partie supérieure du pubis.

A 6 mois, il est un peu au-dessus de l'ombilic.

A 9 mois, un peu au-dessous de l'épigastre.

Il est évident qu'à 4 et 5 mois, 7 et 8 mois, le fond de l'organe gravide occupera des points intermédiaires à ceux que nous venons de désigner, et cela dans toutes les races, sans exception.

De même, la *consistance* de l'utérus sera diminuée, son tissu ramolli. Sa *forme*, qui est celle d'une poire aplatie dans l'état de vacuité, devient sphéroïde d'abord, puis ovoïde. Sa *direction*, qui déjà a une tendance à s'incliner à gauche, s'accentue le plus souvent dans ce sens, en même temps que de haut en bas. On a cependant vu l'utérus persister sur la ligne médiane et quelquefois même s'incliner à droite. Mais on ignore si, dans les races exotiques, cette dernière direction a été observée. Enfin, la *position* de l'utérus, par le fait de la grossesse, devient telle que le bord latéral gauche de l'organe se porte en avant et le bord latéral droit s'enfonce en arrière; la face postérieure a donc une tendance à se porter en avant. Ce changement de position est très sensible chez la vache, où la face postérieure devient antérieure, par suite d'un mouvement prononcé de torsion du col sur son axe, ce qui n'est pas sans amener parfois pour les vétérinaires des cas graves de dystocie. Il serait à désirer que nos chirurgiens de marine qui parfois peuvent, dans les colonies, avoir l'occasion de faire l'autopsie de femmes d'autres races mortes pendant la grossesse vérifiassent si, chez ces femmes, le mouvement de torsion es plus accusé pendant la grossesse que chez nos femmes d'Europe et si ces races ne se rapprocheraient pas par là d'autres espèces animales,

Enfin le ballottement abdominal, c'est-à-dire les mouvements passifs communiqués au fœtus par la main de l'accoucheur et perçus par lui, constituent un excellent signe probable de la grossesse.

Toutefois, ce dernier signe n'est guère recherché que dans les contrées où l'obstétrique s'est élevée à la hauteur d'une science et cependant il rend d'immenses services, même dans la médecine vétérinaire.

Dans nos milieux scientifiques, ce n'est point seulement par l'ap-

préciation du volume du ventre et de la matrice que l'on établit les signes probables de la grossesse, mais aussi par les modifications de la partie inférieure de l'utérus et de son col. On comprend qu'en l'absence de connaissances anatomiques, les matrones qui assistent les femmes pendant leur grossesse et leur accouchement ne songent pas à faire ces recherches ; mais en Europe, et généralement dans tous les pays civilisés où l'on pratique le toucher, cette petite opération sert, non seulement à faire apprécier *l'augmentation de volume* du corps de l'organe gestateur, mais aussi le ramollissement et surtout l'état du col qui, lui aussi, diminue de *consistance* et se ramollit de bas en haut. Sa *forme*, chez les femmes enceintes pour la première fois, ressemble à un fuseau renflé à son centre et fermé à ses deux extrémités. Il est à remarquer que chez ces femmes, que l'on dit *primipares*, l'orifice externe reste fermé jusqu'à l'accouchement, sauf quelques rares exceptions. Il serait cependant curieux de savoir comment se comporte le col dans la race Ouolove où, vous vous en souvenez, nous avons décrit cet organe comme saillant et volumineux, de même que dans certaines races autochtones de l'Asie où nous savons combien tout ce qui touche aux organes de la génération est exagéré. *Quid* également des races préhistoriques ?

Quoi qu'il en soit, nous trouvons encore, dans nos contrées occidentales, que la forme du col, chez les femmes déjà mères, varie aussi dans cet *orifice externe* qui, au contraire du cas précédent, est largement ouvert, tandis que l'*orifice supérieur* ou interne reste fermé, ce qui laisse à la cavité de cet appendice l'apparence d'un éteignoir ou d'un bonnet de prêtre.

Au début de la grossesse, le col, chez les deux espèces de femmes dont nous venons de parler, primipares et multipares, paraît *s'abaisser*, devenir plus accessible au doigt investigateur ; mais à partir du 3e mois il *s'élève* dans toutes les races, en dehors des lois de la pesanteur, et devient souvent à la fin de la gestation très difficile à atteindre. En même temps il *s'incline* à gauche et en arrière et quelquefois, si fortement, qu'il devient inaccessible, par suite de l'inclinaison contraire du corps de l'organe.

Il est à croire que chez les peuples où les femmes sont obligées à de rudes travaux que n'interrompt pas toujours la grossesse, ces déviations de l'utérus gravide sont encore exagérées. Le peu de respect que certaines races sauvages professent pour la vie de l'enfant et parfois pour celle de la mère, ne leur font prendre aucune précaution à cet égard.

Enfin, dans toutes les races, la *longueur* du col diminue dans les dernières semaines et notamment dans les quelques jours qui précèdent l'accouchement.

Un mode de recherches qui appartient spécialement aux centres scientifiques, c'est l'auscultation dont nous parlerons tout à l'heure.

Par ce moyen, les signes probables s'enrichissent encore de la perception des bruits de souffle divers qui se passent, pour la plupart, dans les vaisseaux maternels au moment où ceux-ci pénètrent dans l'utérus augmenté de volume, mais dont quelques-uns dépendent de la circulation fœtale. Dans le premier cas, ils sont isochrones au pouls maternel, fugaces, et, le plus souvent, entendus dans les régions latérales et inférieures de la matrice. Ils persistent en s'éteignant quelques jours après l'accouchement (1).

Dans le second cas, au contraire, beaucoup plus rapides, ils sont variables suivant la position qu'occupe le fœtus et disparaissent avec l'expulsion de celui-ci.

Tels sont les signes probables de la grossesse qui jouissent d'une grande valeur dans les pays civilisés, mais sont à peu près inconnus, il faut bien le dire, sauf ceux apparents à l'œil, dans les contrées sauvages. Au contraire, les signes suivants, ou la plupart d'entre eux, sont généralement les seuls sur lesquels les peuples incivilisés basent le diagnostic de la grossesse, je veux parler des signes *certains*.

Parmi ces signes, il faut encore faire un choix en raison, non des signes eux-mêmes, mais de la manière de les apprécier. Ainsi dans tous les pays du monde, sous toutes les latitudes, les femmes

(1) Voir les caractères des bruits de souffle dans mon *Manuel des accouchements*, déjà cité, p. 98, 4e éd.

ressentent les mouvements actifs ou propres du fœtus ; mais tandis qu'en Afrique, en Asie, il suffit que la femme ressente remuer son enfant pour que la grossesse soit confirmée, en Europe, au contraire, ce signe n'a de caractère de certitude que s'il a été perçu par l'accoucheur lui-même la main placée sur le ventre de la femme supposée enceinte.

Vers la fin du 3e mois, en Cochenchine, mais le plus souvent dans la première moitié du 4e, dit M. Mondière, *in loco citato*, la femme sent son enfant remuer. Alors elle va l'annoncer à toutes ses voisines, avec l'air de la plus vive satisfaction, en disant à chaque mouvement du fœtus : *Cô*, *côt*, « il va s'amusant, ou plus exactement, il s'amuse en se balançant ».

En Europe, chez les primipares surtout, les premiers mouvements sont à peine reconnus par les femmes ; mais vers la moitié du 4e mois et *a fortiori* au commencement du 5e, ils deviennent si manifestes que la main de l'accoucheur, placée sur le ventre de la femme, peut les percevoir facilement.

En dehors de nos centres scientifiques, il est peu de nations où l'idée de toucher les femmes grosses se soit fait jour ; cependant, outre les modifications du col, dont nous avons déjà parlé, les sages-femmes pourraient reconnaître la ballottement fœtal qui est un signe considéré par la plupart des accoucheurs modernes comme un véritable signe certain de grossesse.

Quelle sensation pourrait, en effet, être comparée à celle que procure le ballottement ? Vainement alléguera-t-on la possibilité d'une tumeur pédiculée, d'une hydrométrie, d'un kyste autre que le kyste fœtal, rien ne pourra donner au doigt la double sensation que procure le choc en retour dans le ballottement vaginal, si ce n'est le fœtus lui-même nageant dans le liquide de l'œuf. Ce signe est bien supérieur au ballottement abdominal dont nous avons déjà parlé et dans lequel on perçoit rarement le choc en retour. Du reste, en combinant ces deux modes de sensations, on confirme d'une manière absolue l'existence d'une grossesse. Je ne vous indiquerai pas, Messieurs, où vous devrez placer votre doigt pour cette perception, ceci est de l'enseignement classique, et j'ai

affaire avec vous à des confrères trop instruits pour que j'aie à entrer dans de pareils détails.

Une autre série de signes certains qui ne sont envisagés que dans les pays civilisés et l'un deux je dirai presqu'en France seulement, ce sont ceux qui sont fournis par l'auscultation.

Soit directement, soit par l'intermédiaire du stéthoscope, vous entendez les bruits du cœur fœtal qui sont tout à la fois des signes certains de grossesse et des signes de diagnostic des diverses présentations et positions fœtales.

Longtemps les théories de Depaul ont fait loi dans la recherche des positions fœtales par l'auscultation. Dans ces dernières années, l'école de la Maternité a démontré qu'il fallait modifier les données sur lesquelles on s'était appuyé depuis Depaul, et pour cette étude, je prendrai encore la liberté de vous renvoyer à la 4e édition de mon livre ; mais ce qui est sûr, c'est que chez les femmes de toutes races et sous toutes latitudes, dès que vous entendrez à travers les parois de l'abdomen un double bruit ressemblant au tic-tac d'une montre, bruit variable dans sa position et oscillant entre 108 et 160 pulsations, vous pouvez affirmer avec certitude l'existence d'une grossesse.

Ce ne serait pas, cependant, notez bien, Messieurs, un motif suffisant pour la nier, si vous n'entendiez point ce bruit. La position de l'enfant, la quantité abondante de tissu adipeux, certaines conditions du liquide de l'amnios modifiant les lois de l'acoustique suffisent dans quelques cas pour masquer les bruits du cœur.

Enfin, un dernier signe certain perçu par l'auscultation et utile dans les grossesses douteuses au début, alors que les mouvements actifs ne peuvent être sentis, c'est le *choc fœtal*. Décrit pour la première fois par M. Pajot, la nouveauté et la délicatesse de ce signe ne me permettent pas de le décrire ici de nouveau. Pour le résumer en quelques mots, je dirai que c'est un mouvement passif du fœtus, ondulant dans le liquide de l'œuf, perçu par l'oreille armée du stéthoscope et appliquée sur les parois utérines.

Il ne me reste maintenant, Messieurs, qu'à vous résumer en

quelques mots les moyens d'investigation employés plus spécialement dans les pays civilisés.

J'ai nommé le toucher, le palper et l'auscultation dont nous venons de parler. Quant à la percussion, elle est rarement employée en obstétrique. Le toucher se pratique, la femme étant debout ou couchée, dans le décubitus dorsal et horizontal. Le ballottement s'obtient de préférence lorsque la femme est debout; mais lorsqu'on veut combiner le toucher avec le palper, le décubitus dorsal devra être préféré. On peut aussi employer le décubitus latéral, comme cela se pratique en Angleterre. Dans les deux cas, il sera bon que les jambes soient légèrement fléchies et non dans l'horizontalité complète quoi qu'en disent certains accoucheurs. De cette façon, les muscles abdominaux seront plus souples et le palper plus facile. Dans ces dernières années, un jeune agrégé de la Faculté de Paris, M. Pinard, reprenant les travaux de Mattéi, a réussi à introduire dans la pratique française, le palper abdominal tel que l'avaient enseigné Doutrepont, Wigand, en Allemagne; Flament, à Strasbourg; Mattéi, à Paris; tel que je l'avais vu pratiquer moi-même à Liége par des élèves de 3e année (*Lettres sur l'enseignement médical en Belgique.* — Verrier, 1867) et que l'école officielle avait toujours jusque-là repoussé.

Je n'entrerai pas dans le détail de ces moyens d'exploration que l'on trouve décrits dans tous les livres et qui sont étudiés dans tous les cours. Il me suffira de dire, en terminant, que l'auscultation obstétricale a pris son origine en Suisse en 1818, que dès l'année 1820, elle avait droit de cité en France, le pays de Laënnec; que, de là, elle s'est répandue dans toute l'Europe et qu'aujourd'hui c'est encore de notre patrie que part la rectification des travaux antérieurs de Depaul, grâce aux travaux plus récents de M. Ribemont, qui ont donné à cette méthode d'exploration une précision de diagnostic qu'elle n'avait point encore eue, malgré ses prétentions à ce titre.

Je termine cette leçon, Messieurs, par un mot sur les signes *probables* et les signes *certains* de gestation admis pour nos femelles domestiques.

Dans les premiers, M. St-Cyr range : la cessation des chaleurs : une certaine disposition à l'engraissement ; le développement du ventre et des mamelles, et enfin une diminution des sels calcaires de l'urine.

Quant aux signes certains, ils ne sont guère basés, comme chez les peuples non civilisés, que sur les mouvements actifs du fœtus qui ont lieu vers le 4e mois. L'auscultation ne se pratique pas sur les animaux. Le ballottement n'est pas non plus considéré comme un signe de valeur ; il est d'ailleurs difficile à obtenir en raison de la disposition des parties utérines et du développement du fœtus dans une des cornes de l'organe gestateur. Cependant quelques vétérinaires, dans les cas douteux, pratiquent l'exploration vagino-rectale avec la main tout entière et obtiennent par ce moyen des éléments précieux de diagnostic.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE

L'IGNIPUNCTURE DU COL DU L'UTÉRUS

Par le Docteur M. Manuel M. Gonzalez

> Quod remedium non sanat, ferrum sanat ; quod ferrum non sanat, ignis sanat ; quod ignis non sanat, insanabile dici debet.
> Hippocrate. (*Aphorismes.*)

Depuis que nous suivons la clinique des maladies des femmes de notre savant maître M. le Dr Chéron, nous avons eu souvent l'occasion de constater les excellents résultats de l'ignipuncture appliquée sur le col de la matrice, dans certaines affections de cet organe ; nous avons vu aussi, dans les hôpitaux, des femmes affectées d'accidents plus ou moins graves, quelquefois même mortels, à la suite d'une semblable intervention.

Ces accidents qu'on a vus et qu'on voit souvent apparaître à la suite d'une cautérisation ignée, sont dus à la manière défectueuse

de son application. On sait combien l'ignipuncture du col est employée aujourd'hui ; nous pouvons dire qu'elle règne sans partage dans la thérapeutique des maladies utérines, et qu'il y a des praticiens qui l'appliquent à toutes les affections de cet organe, à la façon d'une panacée universelle, sans obéir à aucune règle.

L'ignipuncture, quand elle est appliquée en suivant certaines précautions et en entourant les malades de certains soins, n'est jamais suivie de complications. Aussi avons-nous cru qu'il ne serait pas sans intérêt d'attirer l'attention sur les bons résultats de cette méthode thérapeutique, d'indiquer les états morbides de la matrice où elle peut être appliquée, ou les indications ainsi que les contre-indications.

1° Nous commencerons notre travail par l'histoire de la cautérisation du col de l'utérus avec les caustiques chimiques, le cautère actuel, et au moyen de l'ignipuncture, en insistant particulièrement sur cette dernière ;

2° Nous étudierons le manuel opératoire de l'ignipuncture, ainsi que les instruments nécessaires pour la pratiquer, et les soins à donner aux malades avant et après l'opération ;

3° Ensuite, nous décrirons les effets physiologiques et thérapeutiques que l'ignipuncture exerce sur l'utérus ;

4° Dans un dernier chapitre, nous donnerons les indications et les contre-indications de cette méthode.

HISTORIQUE DES CAUTÉRISATIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

Caustiques chimiques. On peut affirmer que l'emploi des caustiques dans les maladies de la matrice ne date que de la découverte du spéculum par Récamier, en 1801. Avant cette époque, on ne trouve dans les anciens auteurs que très peu de renseignements sur ce sujet.

D'après les recherches de Cohnestein, Hippocrate et Galien se sont servis des caustiques liquides dans le traitement de certaines affections de la matrice.

A peine pourrait-on affirmer que Celse les préconise dans le traitement des ulcères qui accompagnent la chute de cet organe. A la fin du siècle dernier, Percy en conseille l'usage, mais sans les avoir employés. Ainsi, ce n'est qu'à partir de Récamier que l'on commence à faire un emploi méthodique des caustiques dans le traitement des affections utérines. En 1801, pour s'opposer aux progrès des ulcères de la matrice, Récamier avait imaginé de porter sur le col de cet organe, au moyen d'un tube d'étain gros comme le doigt et long de quatre pouces, des pinceaux trempés dans du miel rosat et dans du laudanum ; c'est à ces pansements qu'il a cru devoir attribuer la prolongation de la vie de plusieurs femmes affectées de cancers du col de la matrice. Il pensait bien aux caustiques, à cette époque, mais il recula devant l'idée de porter des substances corrosives sur l'utérus.

Peu de temps après, Bayle, dans son article : Cancer, du Dictionnaire des sciences médicales, proposa d'appliquer la pâte arsénicale sur les ulcères cancéreux de l'utérus et de détruire ainsi la surface malade. Pendant que Bayle conseillait ainsi les caustiques théoriquement, ils étaient déjà appliqués par Récamier. La crainte qui l'avait retenu jusqu'alors céda devant le cas suivant : En 1801, une malade affectée de végétations cancéreuses du col avait été deux fois opérée par Dupuytren sans résultat. Récamier, voyant le peu de succès de ces ablations, entreprit d'essayer l'application des caustiques au moyen de son spéculum perfectionné. Il toucha d'abord les végétations avec de la potasse caustique ; cette cautérisation ne fut suivie d'aucun accident ; les suivantes furent faites avec une solution de nitrate acide de mercure et il cautérisa une trentaine de fois. L'état de la malade s'améliora et la marche de l'affection fut enrayée momentanément.

Telle fut la route indiquée et suivie bientôt par Dupuytren, par Lisfranc, par M[me] Boivin, qui se montre moins prodigue de ce moyen de traitement ; par Ricord et Delmas, qui, l'un à l'hôpital des vénériens à Paris, et l'autre à Montpellier, appliquent la cautérisation aux ulcères vénériens du col de la matrice.

On employa les caustiques les plus variés, tantôt liquides, tantôt solides, la plupart complètement abandonnés aujour-

d'hui. Nous les rappellerons seulement pour mémoire; ce sont : la pâte arsenicale ; la potasse caustique ; les acides nitrique, sulfurique, chlorhydrique; les chlorures d'antimoine et de bismuth ; le nitrate acide de mercure très employé par Lisfranc et encore aujourd'hui en usage. Les plus employés actuellement sont : le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, la pâte de Canquoin, le caustique de Filhos, l'acide chromique, la teinture d'iode, le perchlorure de fer.

Mais ces caustiques, quelque précaution qu'on emploie pour s'en servir, ont toujours de grands inconvénients : d'abord, il est difficile de préciser la profondeur à laquelle ils agissent, ainsi que de les empêcher de couler au-dessous du point d'application, et on ne peut avoir la certitude que les surfaces saines échappent à leur action; en outre, il y en a quelques-uns d'entre eux produisant des accidents qui peuvent devenir graves : ainsi nous voyons le nitrate acide de mercure provoquer chez quelques femmes une salivation incommode et rebelle, et quelquefois le ramollissement des gencives, des aphtes, des ulcérations, en un mot, tout le cortège des symptômes de la stomatite mercurielle. Aussi son usage est des plus restreints.

Cautère actuel. — L'usage du cautère actuel dans le traitement des affections du col de l'utérus est de date récente. C'est en vain que l'on chercherait dans l'antiquité des indices sur l'emploi de cette médication. Hippocrate, Galien, Arétée donnent un tableau assez fidèle des diverses lésions que l'on peut remarquer sur cet organe, mais leur traitement ne consistait qu'en l'application d'onguents, poudres, pommades, sans qu'il soit question du cautère actuel ; Aétius ne dit que quelques mots sur ce genre de maladies. Paul d'Egine, plus explicite, ne mentionne pas le cautère actuel dans le traitement des maladies de la matrice. L'idée première se trouverait à la rigueur dans Celse.

Le fer rouge est préconisé par cet auteur contre les fongus qui accompagnent la chute de l'utérus, mais peut-on en conclure qu'il l'eût employé dans d'autres lésions de cet organe non ac-

compagnées de ces productions pathologiques ? (Celse, livre VI, page 199.)

Les Arabes, qui faisaient un plus grand usage du cautère actuel, le conseillaient dans les maladies de la vulve ; mais en échange ils en interdisaient l'usage dans les affections de la matrice et surtout dans le cancer. Voici comment s'exprime Albucacis : « Cum vero est aposthema cancerosum in matrice ne ferro tangas ni qui enim omnino ferri usus in cancroso aposthema matricis. » (De affectione mulierum, libri græcorum arabicorum, latinorum. Israel Spachius, medecinæ dr ; 442.)

Rhazès, Avicenne, Fabrice d'Aquapendente n'ont rien dit sur ce sujet. Marc-Aurèle Severin, dont l'enthousiasme pour le fer rouge était si grand, néglige aussi d'en parler relativement aux maladies de l'utérus, après l'avoir vanté dans d'autres affections. Pouteau, son imitateur, croyait que le fer ne peut, ni ne doit atteindre les cancers de l'utérus (Œuvres posthumes). Percy, à la fin du siècle dernier, avait émis l'idée qu'on pouvait se servir avec avantage de cette médication, mais sans l'avoir employée lui-même ; voici comment il s'exprime : « Ne pourrait-on pas, dans certaines affections malignes et rebelles du vagin et du col de l'utérus, faire usage du fer, soit pour dessécher, soit pour brûler réellement ? » (Pyrotechnique, page 266.)

Comme on le voit, ces indications étaient très vagues ; mais c'est à cet auteur qu'on doit rattacher la première mention sérieuse sur l'application du cautère actuel dans les affections du col de la matrice. Le baron Larrey vient ensuite et pratique la cautérisation avec le fer rouge dans les cas d'ulcères et surtout d'ulcères cancéreux de cet organe. Mais ces deux jalons jetés dans la science, la cautérisation au fer rouge appliquée aux affections utérines eut, comme tout nouveau moyen thérapeutique, ses adeptes et ses adversaires ; et après avoir été employée pendant quelque temps, elle finit par tomber dans l'oubli jusqu'à 1833, époque à laquelle elle fut reprise par Jobert de Lamballe et érigée en méthode. C'est à ce chirurgien distingué que revient l'honneur d'avoir enrichi la thérapeutique gynécologique d'un moyen de traitetement aussi efficace et aussi puissant. Il nous a donné tous les

détails relatifs à son application, il nous a démontré qu'elle est indolente, qu'elle abrège généralement la durée d'un certain nombre d'affections inflammatoires chroniques soit de l'utérus en totalité, soit de son col.

Depuis cette époque, elle a passé dans la pratique courante, chacun en use largement, je dirai même en abuse, et il n'est pour ainsi dire pas de maladies du col de l'utérus où on ne l'ait employée à la façon d'une panacée universelle, comme si un même traitement pouvait être appliqué avantageusement à des maladies différentes par leur nature, leur manière d'être, leur terminaison, et qui n'ont véritablement de commun que le siège.

Nous n'entrerons pas dans une description détaillée de divers instruments employés pour la cautérisation actuelle ; nous les rappellerons en passant. Jobert se servait du simple cautère à boule chauffé au rouge par les moyens les plus simples ; il en avait fait construire de diverses formes, selon la variété des besoins : tels étaient les cautères en roseau, conique, en rondache, circulaire, nummulaire, olivaire, etc., etc. Aujourd'hui, on emploie aussi le cautère à gaz, le galvanocautère, le thermocautère.

Mais la cautérisation du col de l'utérus par le cautère actuel, qu'elle fût pratiquée soit avec le cautère à boule simple, soit avec le thermocautère, soit qu'elle fût inhérente, transcurrente ou objective, était seulement révulsive et peu destructive ; M. le professeur Richet, en 1847, en imaginant l'ignipuncture, a ajouté à ces actions destructives et révulsives du cautère actuel, l'action limitante et éliminatrice de l'ignipuncture.

L'historique général de l'ignipuncture ne rentrant pas dans notre sujet, nous ne nous occuperons que de la partie qui se rapporte à la gynécologie.

L'ignipuncture, ce genre spécial de cautérisation qui consiste dans l'introduction dans des tissus vivants d'une pointe de fer effilée et chauffée au rouge cerise, et au moyen de laquelle on détermine une action substitutive très peu destructive, mais surtout *limitante* et *éliminatrice*, a été imaginée par M. le professeur Richet en 1847, et depuis appliquée à une grande quantité

d'affections diverses. Son emploi dans les maladies de la matrice est de date récente, et le premier travail dans lequel il soit question de l'application de l'ignipuncture aux affections utérines, est celui du Dr Trapenard, qui, dans son travail inaugural sur l'ignipuncture, a émis l'idée qu'on pourrait se servir de ce genre spécial de cautérisation dans le traitement de certains allongements hypertrophiques du col utérin. Mais le premier travail sérieux paru sur cet intéressant sujet est celui de M. le professeur Courty, qui, en 1876, fit au Congrès de l'Association pour l'avancement des sciences, tenu à Clermont-Ferrand, une communication sur l'emploi de l'ignipuncture dans le traitement des métrites chroniques. Mais, selon le Dr Caron, MM. Gallard et Siredey l'employaient, bien longtemps avant cette communication, dans leurs services. Nous pouvons, pour notre part, dire que notre maître le Dr Chéron employait aussi cette méthode dans son service à Saint-Lazare bien longtemps avant ladite communication et avec de bons résultats, et nous pouvons dire que c'est lui le premier qui a appliqué d'une façon méthodique et rationnelle l'ignipuncture dans la thérapeutique gynécologique.

Depuis, quelques travaux ont paru sur ce sujet : en 1881, la thèse du Dr Caron sur le traitement de la métrite parenchymateuse par l'ignipuncture, et, dans la même année, a paru dans les « Annales de gynécologie » un travail du Dr Olivier, alors interne de M. Gallard, sur les indications de l'ignipuncture dans la métrite.

Aujourd'hui, cette méthode de cautérisation tout à fait française s'est généralisée dans la pratique gynécologique aussi bien en France qu'à l'étranger, et elle est employée actuellement en Angleterre, en Amérique et en Allemagne.

L'ignipuncture employée contre certains états pathologiques de la matrice est un excellent moyen de traitement, quand elle est pratiquée suivant certaines règles qui doivent diriger la conduite du chirurgien, aussi bien avant l'opération qu'après celle-ci ; et c'est, soit pour avoir oublié ces préceptes, soit pour les avoir méconnus et avoir appliqué l'ignipuncture quelquefois à la légère, qu'on a vu et qu'on voit très souvent des accidents graves

survenir à la suite d'une cautérisation ignée. Nous sommes convaincu qu'on voit rarement survenir ces accidents quand l'application en a été faite suivant les principes que nous allons poser.

Nous allons décrire dans le chapitre suivant : 1° les soins à donner aux malades avant de pratiquer l'opération ; 2° le manuel opératoire ; et 3° les soins consécutifs après l'opération.

SOINS A DONNER AUX MALADES AVANT DE PRATIQUER L'IGNIPUNCTURE DU COL.

Nous verrons plus loin, en parlant des contre-indications, qu'on ne doit jamais pratiquer l'ignipuncture lorsqu'on se trouve en présence d'une inflammation péri-utérine, sous peine de voir celle-ci se propager au péritoine ; mais cette inflammation n'est pas toujours facile à reconnaître. Ainsi conseillons-nous, avant de pratiquer l'ignipuncture, de faire à la malade des pansements glycérinés qui non seulement ont pour objet de dissiper l'inflammation péri-utérine, si elle existe, mais en outre de décongestionner l'organe.

Ces pansements se font avec de la glycérine pure, marquant 30° à l'aréomètre Baumé. Notre maître, le Dr Chéron, a démontré, par une expérience faite en 1878, à l'Ecole pratique, dans un cours libre de gynécologie, le pouvoir osmotique de cette substance.

Voici en quoi consiste cette expérience : il introduit dans une vessie surmontée d'un tube en verre une certaine quantité de glycérine et place cette vessie dans un vase contenant de l'eau ; au bout de quelques minutes, l'eau traverse la vessie en telle abondance, que le liquide s'écoule bientôt par l'extrémité supérieure du tube en verre.

M. Chéron a appliqué ce pouvoir osmotique de la glycérine pure, marquant 30° à l'aréomètre Baumé, dans la congestion de l'utérus, et a obtenu des résultats excellents. Le pansement à la glycérine se fait de la façon suivante : un tampon de ouate ou de charpie est imbibé de glycérine pure et rectifiée et placé sur le col mis à

découvert au moyen du spéculum. Ce tampon est gardé par la malade environ douze à dix-huit heures. La glycérine exerce son pouvoir osmotique à travers les parois du vagin, et attire en dehors la partie liquide contenue dans les tissus utérins engorgés ; de cette façon, elle emprunte aux tissus enflammés à peu près dix fois son volume de liquide ; c'est-à-dire qu'un pansement qui renferme quarante grammes de glycérine, amènerait l'exsudation de quatre cents grammes d'un liquide aqueux contenant quelques sels et très peu d'albumine. Sous l'influence de ces pansements pratiqués pendant quinze à vingt jours, l'utérus se décongestionne, et, s'il y a quelque trace d'inflammation péri-utérine, on la verra disparaître, et l'ignipuncture pourra alors être pratiquée sans crainte de voir survenir des complications.

MANUEL OPÉRATOIRE.

La femme étant placée comme pour l'examen au spéculum, c'est-à-dire couchée sur le dos, le bassin un peu relevé, les jambes fléchies sur les cuisses et les cuisses sur l'abdomen, on introduit le spéculum en ayant soin de faire saillir le col dans son aire, et qu'aucun repli du vagin ne s'y présente avec lui ; car si on cautérisait le vagin, on s'exposerait à des accidents de plusieurs sortes, par exemple, l'inflammation et sa propagation au péritoine ou à la formation de brides cicatricielles qui pourraient occasionner le rétrécissement de ce conduit.

Quant au choix du spéculum à employer, on a conseillé de se servir des spéculums faits avec des substances mauvaises conductrices du calorique, mais dans l'ignipuncture la cautérisation se fait rapidement, de sorte que les parois d'un spéculum métallique n'ont pas le temps de s'échauffer suffisamment pour que le rayonnement s'étende juqu'à la muqueuse vaginale, et faute d'autre, on peut bien se servir d'un spéculum plein en métal. M. Chéron emploie celui de Velasco (de Nice), qui est un spéculum bivalve en métal, mais qui a les avantages suivants : 1° il présente une forme courbe qui lui permet d'arriver sur le col utérin en suivant la courbure du vagin ; et, par là, son application est

plus facile que celle des spéculums droits employés jusqu'à ce jour, avec lesquels il fallait redresser la courbure vaginale et connaître la direction du col par le toucher préalable; 2° le bout utérin taillé en bec de flûte permet de ramasser le col déplacé; 3° l'ouverture de ses valves permet aussi d'envelopper le col quel que soit son volume; 4° il porte deux petites valves de corne articulées de chaque côté de la valve supérieure et glissant sur la valve inférieure qui protègent les parois du vagin, et font de cet instrument un spéculum plein : c'est à lui que nous donnons la préférence. Le spéculum étant introduit et le col seul faisant saillie, on l'essuie avec un tampon de charpie ou de coton pour le débarrasser des mucosités; et c'est alors que commence la véritable opération.

De quel cautère est-il préférable de se servir pour la pratiquer? M. le professeur Courty se sert d'un petit cautère à boule, portant à son sommet une pointe effilée longue de deux centimètres; ce petit cautère est chauffé au moyen d'une lampe. M. Siredey emploie le galvano-cautère, que quelques gynécologistes ont aussi employé, sans le trouver supérieur au simple cautère actuel; en outre, il exige un outillage assez compliqué et peu transportable. On emploie aussi le thermo-cautère Paquelin, pour lequel M. Collin a construit des petits cautères très fins destinés à l'ignipuncture du col. Son action est la même que celle du cautère actuel, et en outre présente le grand avantage d'être plus maniable et d'effrayer moins la malade. Nous lui donnons la préférence. Ainsi, une fois le spéculum placé et le col utérin débarrassé de ses mucosités, on saisit alors de la main droite la pointe du thermo-cautère Paquelin qui doit être chauffé au rouge cerise et on la porte vivement sur le col, en la faisant pénétrer dans son épaisseur parallèlement à l'axe de sa cavité et à une profondeur variant entre 1 centimètre 1/2 et même jusqu'à 2 centimètres 1/2. On retire aussitôt la pointe et on fait arriver un courant d'eau froide sur le col au moyen d'un siphon. Quant au nombre de fois qu'il faudra faire pénétrer la pointe ignée dans le tissu du col, il variera de 20 à 60 et même 80 et sera en rapport avec l'étendue de la lésion.

Nous ne sommes pas d'accord avec la plupart des gynécologistes qui ne font pénétrer dans le col qu'un nombre limité de pointes ignées qui ne dépasse jamais de 8 à 10 ; et, sous ce point, nous suivons la pratique de notre maître, le Dr Chéron qui, dans une seule séance, applique le plus grand nombre de flèches ignées, bien entendu en rapport avec l'étendue de la lésion ; de cette façon on a une grande surface de suppuration et on évite ces séances répétées d'ignipuncture qui font plus de mal que de bien.

En résumé, on appliquera les pointes ignées sur les parties où la lésion est la plus marquée, en faisant une sorte de couronne et en ayant soin de faire arriver sur le col un courant d'eau froide après chaque introduction de la pointe ignée du thermo-cautère.

Soins à donner aux malades après l'opération. — L'opération sera immédiatement suivie d'une injection d'eau contenant en dissolution de l'acide picrique dans la proportion de 10 pour 1,000. Cette solution est non seulement antiinflammatoire et antiseptique, mais encore elle coagulerait la matière protéique contenue dans le sang et la lymphe, si par hasard quelques vaisseaux restaient ouverts après l'opération.

On fera ensuite un pansement avec de la glycérine picrique dans la proportion de 1 pour 100 qui sera en même temps qu'une barrière destinée à s'opposer à l'entrée des germes venus du dehors, un dépléteur de l'organe. On prescrira formellement à la malade de garder le repos au lit pendant les premiers jours de l'opération, on lui mettra de la glace sur le ventre et on administrera à l'intérieur pendant six jours des médicaments antifébriles, comme le sulfate de quinine à la dose de 0,20 centig. par jour, prise en une ou deux parties : une avant chaque repas ; on administrera aussi une potion avec de l'aconit et du bromure de potassium pour calmer l'excitabilité du système nerveux ; en même temps, on aura soin de favoriser la vacuité du tube intestinal au moyen de quelques lavements ; on fera des injections émollientes et on prescrira des pansements décongestifs trois fois par semaine.

Le nombre de fois qu'il faut pratiquer cette opération dépend

de la marche de l'affection et de sa durée ; plus l'affection est ancienne, plus on aura besoin de multiplier les séances d'ignipuncture ; quand l'affection n'est pas trop ancienne, il suffit, dans la majorité des cas, d'une seule séance. Quant à l'intervalle qui doit exister entre deux opérations, il faut attendre que la cicatrisation soit finie, et non, comme le font quelques praticiens, qui procèdent à une nouvelle application d'ignipuncture aussitôt que les eschares sont tombées. Nous croyons que ces cautérisations coup sur coup sont plutôt nuisibles qu'utiles, ne font que fatiguer l'organe et retardent plutôt qu'elles ne hâtent la guérison.

Nous sommes convaincu que si l'on pratique l'ignipuncture suivant les règles que nous venons d'exposer, on ne verra survenir aucun accident ni aucune complication. Cependant, il n'est pas moins certain qu'après avoir fait l'opération avec toute l'habileté voulue et avec toutes les précautions, on peut voir survenir des accidents parfois assez graves, dus seulement à l'indocilité de la malade qui n'a pas gardé le lit le temps nécessaire ; c'est pour cela qu'il faut particulièrement insister sur cette prescription.

(A suivre.)

MÉTRITE CHRONIQUE

(Première période) *avec antéversion, ayant donné lieu pendant six ans à des accidents rapportés à de simples accès de fièvre paludéenne.— Traitement de l'affection utérine.— Disparition de tous les accidents, guérison.*

Par le Docteur Brondel, d'Alger.

Mme G., 33 ans, diathèse arthro-herpétique ; réglée à 14 ans, facilement ; durée 3 jours, abondance assez grande ; quelques douleurs de reins dans la première demi-journée. Mariée à 19 ans 1/2 ; grossesse immédiate très bonne ; accouchement long et douloureux, pertes de sang abondantes ; la faiblesse est telle au bout de quelques jours que la malade ne peut s'asseoir sur son lit sans

avoir une syncope; elle cesse de nourrir au bout d'un mois. Dès cette époque apparaissent des maux d'estomac et de la névralgie lombo-abdominale du côté gauche ; un médecin appelé met 30 sangues sur les reins ; ce traitement amène un peu de soulagement.

Quinze mois après, nouvelle grossesse ; celle-ci est fort pénible, crampes d'estomac violentes après chaque repas; crises nerveuses fréquentes ; Mme G. dépérit beaucoup ; l'accouchement est assez rapide, et sans incident ; les premiers mois qui le suivent sont bons. Mme G. nourrit pendant 7 mois. Mais le 8e mois les maux d'estomac reviennent pour ne plus jamais cesser. Deux mois après le sevrage, 3e grossesse qui détermine une anémie profonde pendant les 6 premiers mois ; au 7e mois l'état général s'améliore, mais les maux d'estomac persistent ; pendant les deux derniers mois, toutes les nuits, Mme G. éprouve de petites douleurs analogues à celles de l'accouchement qui viennent chaque nuit et cessent avec le jour. Accouchement facile et rapide ; lever le 12e jour ; à ce moment, Mme G. ayant un enfant gravement malade se fatigue et veille ; elle nourrit cependant, mais avec peine, pendant 11 mois ; faiblesse très grande, crampes d'estomac violentes, rachialgie, douleurs de ventre très pénibles : depuis la 2e grossesse il existe de la leucorrhée. La névralgie lombo-abdominale s'étend jusqu'au genou ; en même temps surviennent chaque jour les symptômes d'un accès de fièvre palustre ; frissons le matin : chaleurs, sueurs. Mme G. se croit atteinte de fièvre intermittente. Les nombreux médecins qu'elle consulte, *pendant* 6 *ans*, admettent d'emblée, et sans jamais employer le thermomètre, le diagnostic posé par la malade. Mme G. avale des quantités formidables de sulfate de quinine, d'arsenic, etc..., change d'air, va aux eaux, le tout sans résultat. Une sage-femme l'examine, trouve une ulcération, et pratique pendant 3 mois les inévitables cautérisations au nitrate d'argent ; au bout de ce temps, elle annonce à Mme G. une guérison qui est absolument chimérique, et démentie, d'ailleurs, par la persistance des symptômes ; les bains de mer ne réussissent pas mieux. Enfin, à bout de forces et complètement démoralisée, Mme G. vient me trouver le 18 avril 1883. Voici l'état de la malade à cette époque :

Fièvre presque continue (c'était une pseudo-fièvre, le thermomètre marquant 37° 4); douleurs vives à l'estomac, dans le ventre

et les reins ; amaigrissement et faiblesse marqués ; anorexie, dyspepsie; bouffées de chaleur à la face après les repas; constipation alternant avec de la diarrhée ; sommeil rare et agité ; sensation de poids dans le bas-ventre avec élancements fort douloureux ; névralgie lombo-abdominale s'irradiant dans les cuisses. Avant les règles, malaise, agacement, douleurs de reins et de ventre plus vives ; le sang coule bien la première 1/2 journée, puis, pendant 7 à 8 jours, il coule avec des intervalles atteignant quelquefois 24 heures : quelques caillots le premier jour ; pertes blanches assez abondantes, muco-purulentes. Le père et un frère sont légèrement rhumatisants, la malade n'a jamais eu de douleurs articulaires ; pellicules dans les cheveux.

Examen.— L'utérus est gros, lourd, très fortement antéversé ; col mou et entrouvert : les culs-de-sac sont libres, l'utérus assez mobile, très douloureux au toucher. Au spéculum, le col est gros, violacé, laissant suinter un mucus visqueux un peu purulent. Cathétérisme 8 1/2 ; quelques veines variqueuses. Points douloureux apophysaires.

Traitement. — Pansement glycéro-tannique; bromure potassique 2 gr.; arséniate sodique ; mouches morphinées sur les reins.

Du 18 avril au 2 juin, 12 pansements glycérinés ; après le 3e pansement, la fièvre prétendue avait disparu, les maux d'estomac et de reins beaucoup diminué ; les forces revenaient, la malade se sentait transformée ; le 2 juin, après les règles, application de 6 sangsues sur le col.

Jusqu'au 16 septembre, 16 nouveaux pansements sont faits ; l'état général continue à s'améliorer beaucoup ; cathétérisme 7 3/4 ; l'utérus est très mobile, non douloureux ; les règles viennent facilement, durent 4 jours sans interruption. Le col demeurant gros et violacé, le 6 septembre, j'applique autour du museau de tanche 6 pointes de feu enfoncées de 1/2 centimètre environ.

Jusqu'au 3 janvier 1884, je fais 26 pansements ; à cette époque, l'utérus étant revenu à son état normal et étant très mobile, je pratique le redressement par la méthode de M. le Dr Verrier, en renversant la malade sur un fauteuil. Dès lors les dernières douleurs ont disparu, Mme G. a repris de l'embonpoint, de la force ; les fameuses fièvres, contre lesquelles tant de médecins ont inu-

tilement et routinièrement guerroyé, ne sont plus qu'à l'état de lointain souvenir ; la guérison est complète, en un mot, et dure encore à l'heure qu'il est.

Plus j'avance dans l'exercice de la profession et plus je m'occupe des affections utérines, plus je reste convaincu que l'étude des réflexes utérins est de nature à rendre aux médecins et aux malades les plus grands services et qu'il faut en revenir, comme le font d'ailleurs la plupart des gynécologistes modernes, à la méditation du vieil adage latin : *Propter solum uterum, mulier est.*

CLINIQUE OBSTÉTRICALE DE MONTEVIDEO

COMMUNICATION DU D^r^ CRISPO Y BRANDIS

—

Nous recevons de notre confrère, le Docteur Crispo y Brandis, de Montevidéo, la communication suivante avec prière de l'insérer :

Un des numéros (mai 1884) de la *Revue Médico-Chirurgicale des Maladies des femmes*, dirigée par M. le Docteur J. Chéron, rapportant un cas de kyste suppuré de l'ovaire gauche opéré par le D^r^ Fort dit : que la malade était traitée pour une fièvre typhoïde et affirme que *le Docteur Crispo Brandis, médecin italien jouissant d'une certaine réputation à Montevideo, se prononçait catégoriquement contre toute existence de kyste et contre toute intervention chirurgicale*. Ce journal ajoute encore : Un professeur de la Faculté de médecine de Montevideo, M. le D^r^ Pugnalin, appelé pour le même cas, fut aussi de cette opinion.

Comme la teneur de cet article, relatif à ma consultation avec le médecin qui soignait cette malade est complètement fausse, je viens rectifier le fait en publiant les lettres suivantes ;

Montevidéo, le 25 juillet 1884.

Monsieur le Docteur Legnani.

Cher Collègue et ami,

Une publication du Docteur Fort m'oblige à vous demander une réponse catégorique aux questions suivantes :

1° Est-il vrai que le Dr Pugnalin ait vu la malade de la Paz avant ma visite ?

2° Est-il vrai que mon diagnostic fût : Péritonite enkystée de la région abdominale inférieure gauche ?

3° Est-il vrai, qu'en raison de ce diagnostic et d'un commun accord, nous ayons pratiqué une ponction exploratrice avec l'appareil Potain ?

Je vous salue.

Votre collègue et ami,
Dr CRISPO Y BRANDIS.

Réponse du Dr Legnani au docteur Crispo :

Cher ami,

1° Il est complètement vrai que la malade a été vue en consultation avec moi, avant votre arrivée, par le Dr Pugnalin.

2° Il est vrai que vous avez diagnostiqué une péritonite enkystée.

3° Il est vrai, qu'en raison du diagnostic établi, et d'un commun accord, nous avons pratiqué une ponction exploratrice avec l'aspirateur de Potain.

Je vous salue.

Dr LEGNANI.

Montevideo, 26 juillet 1884.

Vin de Champagne, applications de collodion, ponction exploratrice, tel fut le traitement décidé dans notre consultation et pratiqué suivant mon conseil.

En présence d'un pareil traitement, il ne peut venir à l'esprit d'aucun médecin qu'il s'agit là du traitement d'une fièvre typhoïde.

Vos lecteurs comprendront parfaitement qu'en présence d'une péritonite généralisée, et par conséquent avec tympanisme, douleur diffuse et profonde, il n'est pas possible de faire un examen *physique* assez parfait pour diagnostiquer un kyste de l'ovaire.

Les lecteurs jugeront, au contraire, qu'après quelques jours, par suite peut-être de la thérapeutique suivie, la malade soulagée a permis un examen impossible les jours précédents. Cela est si vrai que le Dr Legnani lui-même, a, sitôt que l'état de la malade

le permit, diagnostiqua, avant l'arrivée du Dr Fort, diagnostiqua, dis-je, un kyste de l'ovaire.

N'est-ce pas avoir aplani les difficultés au Docteur Fort, qui récompense si injustement nos efforts auprès de la malade, en falsifiant tout cela ?

Que vos lecteurs jugent, Monsieur; qu'ils tiennent en compte que le Dr Fort s'adresse à un journal étranger, à deux mille lieues de distance, ce qui permet de supposer que le médecin calomnié ne pourra connaître l'accusation pour pouvoir se justifier.

Montevideo, le 27 juillet 1884.

Dr Crispo y Brandis.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 9 Juillet 1884. — *Présidence de* M. Marc Sée.

COMMUNICATIONS.

Traitement du cancer de l'utérus. — M. Labbé désire faire connaître le résultat de son expérience sur le sujet actuellement en discussion. Il faut d'abord bien s'entendre, dit-il, sur ce que l'on entend par cancer de l'utérus justiciable d'une opération quelconque. Il est bien évident qu'il ne s'agit alors que de la forme épithéliale et non de la forme squirrheuse ayant envahi les culs-de-sac, la vessie, etc. Pour cette dernière variété, il ne peut être question d'aucune opération.

L'ablation totale de l'utérus cancéreux ne semble pas avoir jusqu'ici donné des résultats bien satisfaisants, si l'on en juge par les documents étrangers ou par les faits de nos collègues de Bordeaux. D'ailleurs, cette opération, si jamais elle était rendue plus facilement praticable et moins dangereuse, ne serait indiquée que dans les cas de cancers du corps de l'utérus ou de cancers bien limités au col. Il importe de bien s'assurer si le vagin n'est pas envahi et si les ganglions pelviens sont intacts. Quoi qu'il en soit, jusqu'ici la voie vaginale paraît devoir être préférée à la voie hypogastrique.

Plusieurs de nos collègues ont insisté sur la difficulté d'abaisser l'utérus pour en faciliter l'ablation partielle ou totale. Mais il est un moyen de rendre cet abaissement ou tout au moins toute traction sur l'utérus inutile : c'est de placer la malade dans la position de l'opération de la fistule vésico-vaginale et de se servir du spéculum de Sims. On peut ainsi placer le col sous ses yeux sans l'attirer comme le faisait Lisfranc et l'on se trouve dans les meilleures conditions pour en pratiquer la résection ou l'ablation.

Que faut-il préférer de l'anse galvanique, de l'écraseur, du serre-nœud, etc. ? Sans doute l'écraseur, employé avec la modification proposée par M. Verneuil, est un bon instrument ; mais l'anse galvanocaustique est infiniment préférable. J'ai publié, en 1874, un mémoire sur l'application de l'anse galvanique au traitement des affections du col, et, depuis cette époque, cet instrument a été adopté par un certain nombre de chirurgiens.

Sans doute c'est un devoir pour le chirurgien de soigner, par tous les moyens à sa disposition, une malade atteinte d'un cancer de l'utérus. L'intervention chirurgicale peut, en pareil cas, rendre des services éminents et procurer une prolongation de la vie souvent assez considérable. J'ai opéré, en 1872, une malade atteinte d'un épithélioma du col qui a été examiné au microscope ; or, cette malade vit encore et se porte très bien. Il y a trois ans, j'ai complètement évidé avec le galvanocautère un col atteint d'épithélioma et la malade jouit encore actuellement d'une très bonne santé. Il est vrai que ces cas sont exceptionnels ; mais ils n'en sont pas moins encourageants. D'ailleurs, sans parler de ces succès inespérés, n'est-ce pas toujours le droit et même le devoir du chirurgien de parer, fût-ce même par une opération, aux hémorrhagies souvent mortelles que présentent ces malades, aux douleurs atroces qui rendent leur existence impossible ? M. Polaillon a justement fait observer qu'il obtenait de bons résultats en complétant ses opérations par des applications de caustiques. J'ai, dans cet ordre d'idées, tiré de très bons effets de la pâte de Canquoin dont on connaît la puissance hémostatique. L'emploi de la pâte de Canquoin, combiné avec le curage, m'a permis de prolonger la vie de bien des malades et de leur rendre quelques forces et tout au moins les appa-

rences de la santé. M. Verneuil nous montre par sa statistique qu'il a obtenu une moyenne de survie de dix-huit à dix-neuf mois : c'est là un résultat très important et qui justifie amplement l'intervention du chirurgien dans ces cas. Celui-ci doit s'occuper des malades atteintes de cancers de l'utérus au même titre que les médecins s'occupent des malades atteints de cancers internes, de phthisie, d'affection cardiaque, etc. Toute opération, partielle ou totale, qui peut avoir pour résultat soit d'empêcher une malade de mourir d'hémorrhagie, soit de calmer des souffrances intolérables, soit de prolonger l'existence de quelques mois, est par cela même, non seulement indiquée, mais même commandée.

M. Marchand appuie l'opinion qui vient d'être émise sur l'utilité réelle des opérations palliatives dans le traitement du cancer de l'utérus. Dès qu'il est possible, par des opérations ou des moyens palliatifs, de prolonger l'existence et de calmer les souffrances des malades, ces opérations et ces moyens ont leur raison d'être, au même titre que, par exemple, la colotomie lombaire chez les malades atteints de cancer du rectum. Et pourtant cette dernière opération, toute palliative qu'elle est, est infiniment plus grave que toutes celles qui se pratiquent dans les cas de cancer utérin.

La curabilité définitive de cette affection peut être obtenue par l'intervention chirurgicale ? Or, chaque chirurgien a, par devers lui, des cas de guérison tout au moins fort durable ; bien qu'exceptionnels, ces cas n'en existent pas moins.

M. Marchand cite la statistique de Schrœder qui portait sur 811 cas. Ce chirurgien a abandonné le fer rouge pour le bistouri ou le couteau. Il a fait aussi l'amputation abdomino-susvaginale de l'utérus, opération qui consiste à extraire le corps de l'utérus par la laparotomie en laissant le col comme pédicule. Dans ce cas, la récidive paraît avoir été plus rapide. Toutefois, M. Schrœder a revu des malades, ainsi opérées, cinq ans après l'opération. Il y a donc lieu d'intervenir et il ne faut pas désespérer, dans certaines circonstances, de guérir, par l'opération, des cancers de l'utérus.

M. Terrier fait observer à M. Marchand qu'il se méprend sur le véritable sens du mot palliatif, relativement au cancer de l'utérus ; il n'y a qu'une seule distinction qui puisse être établie

entre les diverses opérations qu'il comporte. Il y a des opérations complètes et des opérations incomplètes : c'est ce dernier mot qui répond aux cas dont a parlé M. Marchand.

Il y a longtemps que l'anse galvanique est appliquée au traitement des cancers du col de l'utérus ; M. Trélat l'employait déjà avant la guerre. Il est vrai que les opérations incomplètes peuvent, dans certains cas, donner d'assez bons résultats, soulager momentanément les malades, diminuer ou supprimer des hémorrhagies inquiétantes ; mais on ne peut pas dire que ces opérations soient absolument inoffensives et sans danger.

Peut-on dire que ces opérations puissent jamais être des opérations curatives ? Non, certes ; dans cet ordre d'idées, il faut aller plus loin et songer à l'ablation complète de l'utérus. Est-on autorisé à recourir à cette ablation complète de l'organe malade, comme on a recours à l'ablation complète de la glande mammaire, par exemple, dans les cas de cancer du sein ? Jusqu'ici, non ; mais il y a lieu de penser, d'espérer que cette opération deviendra un jour assez peu dangereuse pour qu'on soit parfaitement autorisé à y recourir. Quant aux opérations incomplètes, il faut reconnaître qu'elles ne donnent que des résultats bien médiocres.

M. Lucas-Championnière, d'accord avec ses collègues sur l'opportunité des opérations partielles pour répondre à certaines indications, telles que l'hémorrhagie ou la douleur, déclare que ces opérations donnent le plus habituellement de tristes résultats. En outre, elles sont loin d'être sans danger ; récemment encore un membre de la Société citait l'exemple d'une malade qui, à la suite d'une opération de ce genre, a vécu dix-sept mois avec une fistule vésico-vaginale en plus de son cancer. Ce sont là des résultats peu encourageants. L'ablation totale, si elle parvient à être rendue moins dangereuse, semble plus logique et préférable. Enfin le diagnostic d'un cancer au début est souvent impossible, même pour les histologistes les plus expérimentés ; il y a donc eu bien des erreurs de diagnostic qui peuvent expliquer des cas de guérison en apparence bien surprenants.

M. Trélat rappelle, en effet, qu'il employait l'anse galvanique avant 1870 et, déjà à cette époque, s'en trouvait fort bien, malgré l'opinion contraire de Demarquay, qui, avec cet instru-

ment, se brûlait les doigts, brûlait le vagin, brûlait tout, excepté le col.

Pour résumer les principaux arguments qui résultent de cette discussion, on peut dire que nous nous trouvons en présence d'une affection d'un diagnostic difficile, d'une limitation incertaine, d'une marche redoutable ; que nous n'avons à notre disposition contre cette affection que des opérations dont les dangers croissent avec la puissance. En outre, les opérations les plus complètes peuvent devenir incomplètes par ce fait qu'on ne sait jamais au juste si les ganglions lymphatiques péri-utérins ne sont pas envahis. On n'est donc jamais sûr de tout enlever, même si on enlève tout l'organe. Si, par une série de perfectionnements jusqu'ici inaperçus, mais non impossibles, l'ablation totale de l'utérus devient une opération dont les dangers ne croissent plus en raison directe de la puissance, ce sera incontestablement l'opération à laquelle il faudra donner la préférence comme étant la plus logique et la plus apte à donner un résultat définitif. Mais jusque-là il faut savoir reconnaître la pauvreté de tous les moyens thérapeutiques employés pour combattre le cancer de l'utérus. Encore est-ce souvent par la thérapeutique la plus inoffensive qu'on obtient les résultats les moins défavorables : c'est ainsi que M. Trélat a pu faire vivre trois et cinq ans des malades, jeunes encore, atteintes de cancer utérin, auxquelles il s'est contenté de faire des pansements appropriés. Or, la moyenne des résultats fournis par les opérations partielles ne donne pas encore une survie aussi longue.

M. Verneuil dit que si l'on a affaire à un cancer du col commençant, très limité, on peut agir comme pour le cancer de la lèvre, par exemple, c'est-à-dire opérer largement. Ce serait un tort, en pareil cas, d'entrer dans la voie des pansements. Quant à l'ablation totale, M. Verneuil ne veut pas en entendre parler jusqu'à ce que l'opération ait pu être modifiée et rendue moins dangereuse.

M. Polaillon soutient qu'avec l'anse galvanique et les cautérisations consécutives on peut faire des opérations complètes, et arriver à obtenir des succès définitifs. En outre, ces opérations sont bénignes ; les revers sont tout à fait exceptionnels.

M. Terrier dit que ces opérations sont des opérations béni-

gnes, comparées à l'ablation totale de l'utérus; mais en somme elles ne sont pas toujours si inoffensives et la perforation des culs-de-sac n'est pas un accident sans importance.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SÉANCE DU 16 JUILLET 1884. — *Présidence de* M. MARC SÉE.

COMMUNICATION.

DES OPÉRATIONS CHEZ LES FEMMES ENCEINTES. — M. LARGÉ consulte ses collègues au sujet du fait suivant : Une jeune femme de vingt-sept ans, enceinte de quatre mois, portait une tumeur indolente au sein droit; cette tumeur a pris un accroissement rapide et, du volume d'un petit œuf de poule qu'elle avait avant la grossesse, est arrivée au volume d'une tête d'adulte. Un premier chirurgien, consulté, déclara qu'il ne faut pas opérer cette tumeur. M. Largé, consulté en second lieu, est d'un avis contraire. Il s'agit d'un énorme encéphaloïde, très vasculaire, mais sans adhérences profondes, sans retentissement ganglionnaire. Une ponction, qui a été faite inopportunément dans cette tumeur, a laissé une ulcération qui est le point de départ de fréquentes hémorrhagies. M. Largé demande à ses collègues s'ils trouvent, dans ce cas, l'opération indiquée.

M. TRÉLAT déclare qu'il opérerait cette tumeur.

M. POLAILLON cite un fait analogue : il s'agit d'une femme enceinte de six mois, qui était également atteinte d'un cancer du sein. Il l'opéra; elle guérit très rapidement et accoucha à terme d'un enfant vivant sans la moindre complication. Il n'y eut rien de particulier du côté de l'utérus. La malade fut soumise au chloroforme. Ce fait indique qu'on peut, sans danger, pratiquer des opérations chez les femmes enceintes. Il y eut récidive un an après.

M. TERRILLON cite l'observation d'une femme enceinte de cinq mois qui se fit une fracture très grave de l'avant-bras avec rupture de l'artère radiale. Il dut pratiquer chez cette malade, sous l'influence du chloroforme, une opération qui dura près d'une demi-heure. Elle guérit fort bien, sans aucun accident du côté de l'abdomen.

M. GUÉNIOT a déjà soutenu autrefois qu'on pouvait, dans ces

conditions, opérer sans crainte d'avortement, pourvu qu'on eût affaire à une femme saine, à un utérus sain et à un œuf sain. Mais il est le plus souvent bien difficile de s'assurer de l'existence de ces trois conditions. Toutefois, quand l'urgence d'une opération est bien déterminée, il n'y a pas lieu d'hésiter, car on peut pratiquer de grands traumatismes sans amener l'avortement.

M. Verneuil pense qu'il ne peut y avoir aucune hésitation pour les cas d'urgence tels qu'une hernie étranglée, une hémorrhagie ou une trachéotomie. La grossesse, dans ces conditions, ne saurait arrêter la main du chirurgien. Mais autant il condamnerait un chirurgien qui s'abstiendrait dans un cas de ce genre, autant il condamnerait celui qui, dans le cours d'une grossesse, pratiquerait une blépharoplastie ou toute autre opération analogue. Si, pour en revenir au cas de M. Largé, il s'agissait d'une tumeur du sein capable de rétrocéder après l'accouchement, M. Verneuil conseillerait d'attendre ; mais, en présence d'un cancer, il n'hésite pas à déclarer l'opération formellement indiquée. Toutefois, c'est le cas ou jamais d'employer la méthode antiseptique dans toute sa rigueur. Dans le cas particulier, il ferait un pansement antiseptique ouvert.

M. Trélat pense que c'est l'urgence opératoire qui commande ici.

Hystérotomie. — M. Terrier communique l'observation d'une malade qui portait deux corps fibreux et un kyste de l'ovaire ; il a pu enlever les deux corps fibreux et opérer le kyste en suturant ses parois aux parois de l'abdomen. L'utérus, qui était très hypertrophié, est revenu sur lui-même après l'opération. La malade a rapidement guéri.

M. Polaillon cite un cas semblable, dans lequel l'utérus, également très hypertrophié, était assez rapidement revenu sur lui-même.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SÉANCE DU 23 JUILLET 1884. — *Présidence de* M. MARC SÉE.

KYSTE PARAOVARIQUE. — M. BOUILLY fait un rapport sur une observation de M. Jeannel (de Vendôme). Il s'agit d'une femme de trente-cinq ans qui était atteinte d'un kyste uniloculaire : une première ponction donne issue à 1,500 grammes environ d'un liquide clair comme de l'eau de roche, qui permet de diagnostiquer un kyste paraovarique. Cette ponction étant faite avec un trocart aspirateur, il y eut à un certain moment cessation de l'écoulement du liquide et phénomènes syncopaux assez graves.

Un mois après, le liquide ayant reparu, nouvelle ponction avec l'aspirateur donnant 2,100 grammes de liquide, lavage phéniqué, puis injection de 560 grammes d'une solution iodée contenant 280 grammes de teinture d'iode. Pendant cette injection, la malade ne peut plus respirer, présente une sueur froide, visqueuse, un pouls insensible et tous les phénomènes d'une syncope ; deux nouvelles ponctions pratiquées dans le but de retirer la solution iodée demeurent sans résultat et l'on est obligé d'abandonner ce liquide dans la cavité kystique.

Il y eut des accidents d'iodisme très graves et il fallut recourir aux injections d'éther, au marteau de Mayor, à un lavement avec 20 grammes d'acétate d'ammoniaque, etc., pour faire revenir la malade.

M. Jeannel insiste sur la gravité de ces accidents peu connus qui peuvent se développer à la suite d'une injection iodée et il ajoute, avec raison, que mieux eût valu, pour cette malade, recourir à l'ovariotomie.

M. le rapporteur partage entièrement cette dernière opinion et il fait remarquer que cette observation prouve que, contrairement à l'opinion assez généralement admise, les kystes paraovariques ne guérissent pas toujours après une seule ponction.

M. TILLAUX ne comprend pas l'emploi de l'aspiration pour ces sortes de ponctions ; l'aspirateur ne peut, en effet, que favoriser l'accolement de la paroi du kyste contre l'extrémité de la canule, conséquemment l'arrêt de l'écoulement et des accidents analogues à ceux qui ont eu lieu ici. Il ajoute que, dans ce cas, la quantité d'iode injectée (280 grammes) lui paraît énorme. La formule de Boinet était la suivante : 60 grammes de teinture

d'iode pour 40 grammes d'eau. Il n'est donc pas étonnant qu'il y ait eu des accidents d'iodisme.

M. Lucas-Championnière dit que cette observation est une nouvelle preuve que les kystes paraovariens ne guérissent pas toujours tout seuls. Voilà une malade qui n'est pas guérie et qui a subi des opérations presque plus graves que l'ovariotomie qui l'aurait au moins radicalement guérie. Les kystes paraovariens réclament donc le plus souvent le même traitement que les kystes ovariques simples : si, après une première ponction, le liquide reparaît, il faut faire l'ovariotomie.

M. Bouilly croit que, dans le cas dont il s'agit, il y a eu plutôt irritation par contact que véritable intoxication. Il ajoute que quand il s'agit d'un kyste paraovarique, il faut faire une ou même deux ponctions avant de pratiquer l'ovariotomie.

L'ovariotomie a Macon. — M. Bouilly fait un rapport sur trois cas d'ovariotomies pratiquées à Mâcon par M. Leriche et toutes trois suivies de succès. Dans deux de ces cas, M. Leriche a cru devoir laisser le pédicule au dehors, alors que, selon M. Bouilly, il eût été préférable de faire une ligature perdue, au catgut ou avec la soie.

M. Lucas-Championnière préfère le catgut avec lequel on peut aire une ligature très serrée.

M. Tillaux, depuis qu'il a perdu une malade d'hémorrhagie au quatrième jour parce que la ligature au catgut n'avait pas bien tenu, a complètement abandonné celui-ci pour la soie.

Séance du 30 juillet 1884. — *Présidence de* M. Marc Sée.

Polype utérin. — M. Polaillon présente un énorme polype utérin qu'il a opéré dans les conditions suivantes : il s'agissait d'une femme de quarante-trois ans qui arriva à l'hôpital portant cette énorme tumeur entre les jambes. Cette tumeur était un polype inséré au fond de l'utérus qui se trouvait, par ce fait, complètement retourné, ainsi qu'il fut facile de s'en assurer par le toucher. La surface de la tumeur était ulcérée et d'une odeur fétide. M. Polaillon en fit la section avec le thermo-cautère, s'attendant bien à ouvrir le fond de l'utérus et ayant pris toutes les précautions antiseptiques et hémostatiques en conséquence. Il

fit une ligature en masse. Il n'y eut pas d'accidents, pas de péritonite, et la malade est aujourd'hui complètement guérie.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DU DÉPARTEMENT DU NORD

Séance du 23 *mai* 1884.

Grossesse de huit mois et huit jours. — Présentation de l'épaule droite. — Procidence du bras. — Rétrécissement du bassin a neuf centimètres et demi. — Évolution et expulsion spontanées du fœtus. — (Observation recueillie par les docteurs Villette et Deswarte, de Dunkerque). Cette observation, lue par M. Noquet, sera publiée dans le Bulletin de la Société.

M. Pilat demande la parole pour présenter quelques réflexions sur cette observation.

Selon cet accoucheur, il ne faut pas compter beaucoup sur l'évolution spontanée dans des cas semblables à celui qui vient d'être rapporté. Avec un léger rétrécissement et un enfant à terme, une attente prolongée expose la femme à la fatigue et à l'épuisement, et si l'intervention devient alors nécessaire, elle se fait dans de mauvaises conditions. On observe plutôt l'évolution spontanée avec un fœtus non à terme ou macéré; on l'observe encore pour le second enfant dans le cas de grossesse gémellaire peu développée. Cependant, dans un cas de présentation primitive du sommet en OIGA avec inclinaison de l'utérus à droite, M. Pilat a vu l'évolution spontanée se produire en une demi-heure. Rappelé par l'élève de garde laissé auprès de la femme pendant la visite des salles, cet accoucheur arriva au moment où, le tronc étant sorti, la tête du fœtus se trouvait arrêtée dans l'excavation. L'extraction fut facile. L'enfant était vivant, mais sur toute l'étendue du côté droit de la poitrine et de l'abdomen et sur la fesse, il présentait une forte ecchymose provenant de la compression de ces parties sur l'arcade du pubis. L'enfant mourut quelques jours plus tard. Dans ce cas, M. Pilat attribue le changement de présentation à une contraction irrégulière de l'utérus qui a fait glisser la tête sur le rebord in-

nominé, puis dans la fosse iliaque correspondante, et a amené l'épaule droite au centre du détroit supérieur.

Quant à la difficulté d'introduire la main dans un utérus ré tracté, M. Pilat la surmonte en plaçant la femme sur les genoux et les coudes (position posturale des Anglais) ; cette attitude favorise le relâchement de l'utérus, facilite l'introduction de la main à travers le canal vagino-utérin, et empêche la pression des viscères abdominaux sur l'organe gestateur. Elle a parfaitement réussi dans un cas où la tête et les deux fesses de l'enfant se trouvaient enclavées dans l'excavation au point qu'il était impossible de refouler l'une de ces extrémités dans l'utérus rétracté sur le dos de l'enfant. La position posturale prolongée amena le relâchement de l'organe, la tête put être refoulée et l'accouchement terminé, mais l'enfant était mort. Cette méthode peut aussi faciliter la version dans certains cas de présentation de l'épaule avec procidence d'un membre et du cordon ombilical.

A ces réflexions de M. Pilat, M. Castelain ajoute qu'en attendant, comme le conseillent MM. Villette et Deswarte, on expose la femme à la rupture de l'utérus.

(Bulletin médical du Nord.)

Séance du 11 *juillet* 1884.

CANCER EN BLOC DU SEIN GAUCHE ENLEVÉ AU THERMO-CAUTÈRE. — M. Paquet présente un sein cancéreux qu'il a enlevé avec le thermo-cautère. L'observation sera publiée dans le Bulletin.

M. CASTIAUX. — Je ne suis pas très partisan de l'emploi du thermo-cautère lorsqu'il s'agit d'enlever des tumeurs volumineuses. Les hémorrhagies ne sont pas évitées, et le chirurgien voit moins bien ce qu'il fait. Dans un cas de végétations très développées, je n'ai pu en terminer l'ablation avec le thermo-cautère, et, pour finir, j'ai dû me servir du bistouri et appliquer ensuite un liquide caustique.

M. PAQUET. — On voit ce que l'on fait avec le thermo-cautère, et, si les hémorrhagies ne sont pas évitées, le nombre de ligatures est diminué. De plus, l'opéré est moins exposé à l'érysipèle et à l'angioleucite.

(Bulletin médical du Nord.)

REVUE DE LA PRESSE

CANCROÏDE DE LA VULVE OU ÉPITHÉLIOMA CLITORIDIEN

Par M. le docteur L. Sorbets, d'Aire (Landes).

Cette affection est très rare, du moins d'après le siège que nous désignons. Vidal (de Cassis) en avait observé, à Lourcine, trois cas qui avaient été pris pour une ulcération vénérienne. Ils ne furent pas opérés, et ce chirurgien n'avait pas remarqué de développements ganglionnaires dans la région inguinale.

Nélaton a eu seulement l'occasion d'étudier un épithélioma de la vulve dans le service de Gerdy : ce dernier chirurgien en fit l'opération, mais la malade succomba rapidement.

Le professeur Trélat (*Gazette des Hôpitaux*, n° 92, année 1882) rapporte également le cas d'un épithélioma de la vulve, le premier qu'il ait rencontré. L'affection est très rare, car, d'après ses recherches bibliographiques, il ne cite que trois observations de Churchill, et deux cas de Charles West, tellement étendus que l'opération ne fut pas tentée. Aussi, sommes-nous heureux de faire connaître le premier cas que nous rencontrons, après trente ans de carrière chirurgicale.

Marie L..., ménagère, âgée de soixante-cinq ans, ayant eu deux enfants, se plaint depuis quinze mois de l'existence d'une petite tumeur de la vulve ; ou mieux, d'un *fort bouton*, comme elle l'appelle, se recouvrant d'une croûte, au-dessous de laquelle existe une ulcération à bord indurés et donnant lieu à de vives démangeaisons.

Soumise, plus tard, à notre examen, pendant le mois de janvier 1883, nous constatons les symptômes suivants : une tumeur comprenant le clitoris dans son développement, mobile, à base large, à sommet ulcéré et saignant facilement, à bords inégaux et répandant une odeur caractéristique, est de la grosseur et présente la forme de la phalangette du pouce. On dirait le clitoris hypertrophié constituant la tumeur avec les caractères signalés ; en bas, occupant le vestibule de la vulve, elle n'a aucune attache avec la paroi supérieure de l'urèthre. Les petites lèvres sont seulement refoulées en haut, vers le mont de Vénus.

Pas d'écoulement de l'utérus par le vagin, ni d'engorgement ganglionnaire inguinal.

J'engage vivement cette femme à se laisser opérer dès le lendemain. Refus obstiné de la famille.

Je la revis six mois après. Aujourd'hui, elle veut être absolument opérée ; mais les choses ont bien changé d'aspect.

La tumeur est du volume d'une forte noix : elle apparaît à la partie supérieure de la vulve et en tient écartées les grandes lèvres. Elle a été plusieurs fois le siège d'une hémorrhagie abondante ; elle est ulcérée et répand une odeur *sui generis* des plus infectes.

Elle a pour ainsi dire fait disparaître les petites lèvres, le clitoris. Elle occupe le vestibule de la vulve, et, retombant par son propre poids, cache le méat urétral ; car il faut la soulever pour introduire une sonde dans la vessie. Sa base est largement attachée et d'une manière générale peu mobile.

L'opération est décidée et faite le 23 juillet.

De concert avec mon confrère le docteur Levier, voici les principes opératoires arrêtés :

A cause d'une affection cardiaque symptomatique, d'un rhumatisme polyarticulaire et de quelques symptômes congestionnels cérébraux, la malade n'est pas soumise à l'inhalation chloroformique.

Une sonde sera maintenue dans la vessie pendant que deux fils très forts et cirés seront passés au centre de la tumeur pour la tirer en avant ; puis deux incisions elliptiques circonscriront la tumeur et la dissection finira par la détacher des tissus sur lesquels elle est implantée.

Je mets à exécution ces divers temps opératoires qui eurent lieu successivement, sans incident aucun, et sans grande hémorrhagie qui s'arrêta sous l'influence de lotions froides et du rapprochement des cuisses.

Mais quelques heures après l'opération, l'hémorrhagie secondaire fut très abondante : elle fut arrêtée par un véritable tamponnement.

Dès le troisième jour, tout marcha naturellement.

Trois pansements par jour. — Lotions vulvaires avec une éponge trempée dans une solution de coaltar saponiné Lebeuf et comme topique, charpie trempée dans la même émulsion.

Miction facile, appétit conservé ; pouls à 80, peu développé. Les premières nuits furent agitées.

Huit jours après l'opération (30 juillet), la plaie marche bien, donnant du pus crémeux. La nuit a été bonne : tout fait présager une guérison rapide et prochaine. La miction a été un peu douloureuse probablement à cause d'une légère cystite développée par le voisinage des tissus enflammés.

Bain de siège et pansement avec de la charpie trempée dans la solution de coaltar, émulsion mère.

3 août. — J'examine avec soin la plaie qui suppure encore, mais qui se trouve en bonne voie de cicatrisation. Le vestibule de la vulve comprend, sans clitoris, tout l'espace compris depuis le méat urinaire faisant une légère saillie, jusqu'à la partie supérieure des petites lèvres en partie disparues.

La malade reste levée : les nuits sont bonnes et l'appétit meilleur.

14 août. — J'examine de nouveau la vulve, les parties opérées sont cicatrisées : la malade est aussi bien que possible.

15 septembre. — Les parties vulvaires sont de nouveau examinées. A l'exception de l'absence du clitoris, on ne se douterait pas qu'une ablation de tumeur ait été faite dans cette région. La malade est parfaitement guérie : elle a repris ses occupations ordinaires.

En publiant cette intéressante observation, nous n'avons qu'un regret : c'est qu'un accident, indépendant de notre volonté, nous ait privé de la facilité que nous avions de faire examiner cette tumeur sur le champ du microscope. Nous aurions voulu en connaître la structure intime, malgré notre diagnostic probable sur la nature de la tumeur. La récidive, du reste, nous fixera plus tard à cet égard, récidive que nous ferons connaître si elle se produit. La chose était d'autant plus facile pour nous que nous avions la bonne fortune de posséder, à Aire, pendant quelques jours, M. Georges Bellangé, le très distingué chef du laboratoire de la Faculté de Paris, à l'asile Sainte-Anne.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

DYSTOCIE PAR EXCÈS DE VOLUME DU FŒTUS CHEZ UNE FEMME RÉGULIÈREMENT CONFORMÉE. AVANTAGES DES TRACTIONS EXERCÉES SUR LES BRAS POUR OPÉRER LE DÉGAGEMENT DU TRONC APRÈS LA DÉCOLLATION DU FŒTUS,

Par M. Bailly, professeur agrégé libre.

Observation. — Au mois d'avril 1881, à onze heures du soir, on

vint me prier de me rendre sans retard au village de S..., près de Fontainebleau, où d'honorables confrères de cette ville m'appelaient pour terminer un accouchement laborieux. Je n'hésitai pas à me rendre à l'appel de nos confrères et je partis.

A trois heures du matin, j'arrivais à S..., chez une fermière de l'endroit, où je trouvai trois confrères qui l'avaient assistée depuis le début ou dans le cours de son travail. Un quatrième médecin, habitant tout auprès, vint bientôt se joindre à nous. On me mit au courant de la situation. Il y a quatre ans, cette femme était accouchée d'un premier enfant très fort, qu'on avait dû extraire avec le forceps. Un second enfant était venu mort l'année d'après, à six mois de vie intra-utérine. La grossesse actuelle, arrivée à terme, s'était bien passée. Le travail, commencé depuis plus de trois jours, avait marché avec une extrême lenteur ; cependant, la dilatation de l'orifice était complète au bout de quarante heures, et les eaux de l'amnios étant écoulées depuis douze heures, une application de forceps était indiquée ; l'un de nos confrères l'avait faite, mais sans succès. Un second médecin, appelé par le premier, n'avait pas été plus heureux. Le lendemain, troisième jour de l'accouchement, un autre médecin des environs, très exercé aux manœuvres obstétricales, avait été mandé, et n'ayant pu davantage amener l'enfant avec son forceps, jugeant d'autre part le fœtus mort, s'était servi du crochet aigu, espérant avec cet instrument obtenir une prise plus solide : mais après plusieurs applications du crochet, il n'avait réussi qu'à labourer profondément le crâne et à en extraire quelques lambeaux, sans faire aucunement progresser l'enfant. Des tentatives de version podaliques faites ensuite restèrent tout aussi infructueuses. C'est dans ces conditions que j'avais été appelé ; nous étions alors au quatrième jour du travail.

La parturiente, que j'examinai après avoir reçu ces renseignements est une grande et forte femme d'une trentaine d'années, très chargée de graisse, ce qui en faisait une sorte de colosse, comme on en voit dans les foires. Le ventre, développé par la grossesse, par l'embonpoint et par les gaz, produit de la putréfaction du fœtus, était énorme, mais pas douloureux à la pression. Le doigt, gêné par l'épaisseur naturelle du périnée et par la tuméfaction des grandes lèvres, ne pouvait s'élever bien haut dans l'excavation ; cependant il constatait un bassin de dimonsions normales et la présence, dans le vagin, d'un sac mollasse formé par le cuir chevelu lacéré, auquel adhéraient des fragments osseux. Une odeur d'une grande fétidité s'échappait de la vulve

pendant l'exploration et remplissait la chambre. Malgré la longue durée du travail et la fatigue causée par des manœuvres réitérées, l'état général de la patiente était resté satisfaisant ; pas d'altération profonde des traits, de prostration, de vomissements ; l'œil est vif, le pouls accéléré mais fort, le ventre à peine sensible ; en somme un bon état général prouvant que nos confrères avaient mis, dans leurs manœuvres, toute la prudence désirable et avaient su ménager l'intégrité des organes maternels. C'étaient là d'excellentes conditions dont j'avais à profiter et que je constatai avec satisfaction.

Mes confrères me cédant la place, c'était à mon tour d'agir. Il n'y avait plus à songer au forceps, et tout d'abord je pensai que le céphalotribe fenêtré trouverait une prise solide sur la base du crâne, que je pouvais supposer entière. Aussi, après avoir chloroformisé la malade, j'appliquai mon instrument sur le moignon de la tête ; malheureusement les os de la base du crâne étaient eux-mêmes disjoints, mobiles, et mon céphalotribe dérapa. Cette ressource m'échappant, je ne voyais plus que la version pelvienne qui me permît d'avoir l'enfant, et je me mis en devoir de l'effectuer. L'introduction de la main eut pour premier effet d'ouvrir la porte à des gaz accumulés, et la matrice se mit à détoner comme une pièce d'artillerie. J'essayai d'avancer jusqu'aux pieds, mais je fus bien vite arrêté par une résistance invincible tenant à la rétraction puissante de l'utérus, surexcité par un travail infructueux de près de quatre jours : il me fallut battre en retraite.

Ainsi, plus de tête à saisir par le céphalotribe ou par le forceps, version rendue impraticable par la résistance de l'utérus, telle était la situation ; c'était embarrassant. Cependant, je me remis bientôt de la première surprise que causent toujours des difficultés imprévues, et je me dis qu'il fallait à tout prix sortir honorablement de ce mauvais pas. Le bassin étant régulièrement conformé, je n'avais pas perdu tout espoir d'y faire passer l'enfant. J'avais, il est vrai, échoué dans un premier essai de version pelvienne, mais je pouvais en tenter un second : c'est ce que je fis. Après m'être reposé pendant quelques instants, j'allai encore une fois à la recherche des pieds, et ma main ayant rencontré un bras sur son chemin, l'idée me vint que je trouverais sur ce membre une prise solide me permettant d'avoir l'enfant. J'abaissai donc ce premier bras, et l'ayant enveloppé de linge pour le rendre moins glissant, je me mis à tirer dessus. Je sentis bientôt se produire une crépitation de rupture, indice d'un commencement de désarticu-

lation de l'épaule, et, sans en compléter l'arrachement, je suspendis mes efforts pour aller chercher le second bras, que j'amenai également à la vulve. Tirant alors simultanément sur les deux bras, j'amenai au dehors, sans grande difficulté, un monstrueux garçon livide, fortement ballonné, dont la sortie fut encore accompagnée de force coups de canon tirés par la matrice. Ce fœtus, privé de tête, pouvait bien peser 4,500 grammes.

Au bout d'une demi-heure, j'opérai artificiellement la délivrance, et l'accouchée perdit peu de sang à ce moment.

Après avoir éprouvé quelques frissons et un état fébrile d'une dizaine de jours, cette femme s'est parfaitement rétablie et est aujourd'hui bien portante.

Quelques points de cette observation méritent de fixer l'attention; arrêtons-nous un instant sur chacun d'eux.

On doit, je crois, rapporter, dans ce fait, l'obstacle à l'accouchement naturel à deux causes : 1° l'excès de volume chez le fœtus ; 2° l'obésité chez la mère. Il est sans doute très rare que l'excès de volume seul du fœtus crée un empêchement insurmontable à l'accouchement chez une femme dont le bassin offre des dimensions normales. La nature semble avoir voulu parer à ce danger par la prédominance habituelle des diamètres du bassin sur ceux du fœtus et par la plasticité du corps fœtal, en vertu de laquelle il peut s'adapter le plus souvent à la forme et aux dimensions de la filière pelvienne. Les proportions considérables du fœtus retardent sans doute son passage, mais ne l'arrêtent pas complètement. Aussi je suis d'avis que, si fort que fût l'enfant de mon opérée de Fontainebleau, ce gros volume eût peut-être encore permis un accouchement naturel si à cette cause simplement relative de dystocie ne s'en fût ajoutée une autre consistant dans l'embonpoint excessif de la mère.

Il faut, en effet, attribuer à ce dernier une large part dans l'arrêt définitif du travail. Son mode d'action se comprend d'ailleurs aisément. D'une part la graisse qui infiltre le tissu musculaire, d'autre part l'épaisseur du pannicule graisseux de l'abdomen, gênent l'action des muscles expirateurs, restreignent leur effort et entravent les puissances expultrices au point de rendre à la fin prédominantes des résistances naturelles que la matrice seule devient impuissante à surmonter. La cause dynamique me paraît donc avoir joué ici un rôle considérable pendant de longues heures; mais il est probable aussi qu'en dernier lieu la cause mécanique aurait suffi pour arrêter le travail, lorsqu'au

développement naturel de l'enfant s'est ajouté le ballonnement déterminé par les gaz putrides. A ce moment la nature devenait forcément impuissante à achever son œuvre.

Avec les conditions qui m'étaient faites par l'ablation partielle de la tête et par l'écrasement de la base du crâne de l'enfant, saisir les bras et tirer dessus était assurément la manœuvre la plus rationnelle ; c'était la manœuvre la plus inoffensive pour la mère et la plus efficace, l'expérience l'a bien prouvé. Cependant, quatre médecins instruits n'y avaient pas songé, et, avec plus d'habitude des opérations d'accouchement, je n'y avais pas songé davantage. C'est qu'en effet, en décrivant les opérations obstétricales, les traités d'accouchement ne mentionnent pas le parti qu'on peut tirer des membres thoraciques du fœtus, sauf à propos de l'embryotomie transversale, où l'on conseille de tirer sur le bras inférieur pour abaisser la racine du cou et la rendre plus accessible aux ciseaux. Pour tout le reste, on n'en parle pas par la raison qu'un auteur classique ne peut envisager que des situations simples, bien définies, et qu'il fait abstraction des problèmes compliqués et variés à l'infini que crée la pratique et dont la solution est abandonnée à l'expérience de chaque praticien. D'autre part, une sorte de préjugé fait redouter de saisir un bras au lieu d'un pied quand on opère une version ; et quand cette méprise a lieu, on s'en accuse volontiers comme d'une faute, d'une maladresse, et dans des cas tout différents cette impression involontaire vous éloigne de recourir aux bras pour terminer l'accouchement. Il est pourtant des cas où ils peuvent rendre de grands services pour cet objet, et celui que je relate aujourd'hui en est un exemple.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

PARALYSIE DU NERF MOTEUR OCULAIRE COMMUN PENDANT LA PÉRIODE CATAMÉNIALE.

Par HASNER.

Cette communication a été faite à la réunion de mars de l'Association des médecins allemands à Prague. La malade, jeune fille de 17 ans, venait d'être menstruée pour la première fois, quand le lendemain, elle s'aperçut que la paupière gauche était paralysée. Cette perte de motilité diminua peu à peu et disparut avec la cessation des menstrues. Les mêmes accidents se reproduisent à chaque période ca-

taméniale, et sont dus, d'après l'auteur, à l'hypérémie vasculaire de la région avoisinant l'origine du nerf moteur oculaire gauche. (*Wien. med. Blatter*, 15 mars et *The London med. Record*, 15 juin 1883, p. 247.)

(*L'Union médicale.*)

DE LA GANGRÈNE DE LA VULVE CHEZ LES ADULTES

Par Herman.

Les cas de gangrène aiguë de la vulve chez l'adulte et qui sont indépendants de la syphilis peuvent se diviser en 4 classes.

1° Les gangrènes que l'on observe à la suite des fièvres graves, du choléra, de la dysenterie.

2° Celles qu'on observe surtout dans les hôpitaux, chez les accouchées ; gangrènes puerpérales, épidémiques débutant par une tache ou une escharre de la surface interne des lèvres, se limitant le plus souvent à la chute de l'escharre, mais pouvant toutefois s'étendre à toutes les parties environnantes.

3° Les cas de gangrène aiguë indépendante de toute contagion, débutant par une inflammation aiguë des organes génitaux externes, se terminant par une escharre plus superficielle que celle du noma, montrant moins de tendance à s'étendre que l'érysipèle gangreneux.

4° La gangrène cellulo-cutanée, terminaison d'un érysipèle des organes génitaux externes et du périnée. (*A Case of acute gangrene of the vulva in an adulte, with remarks.* — *The Lancet* et *Union médicale.*)

DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE DANS LES PETITES TUMEURS DE L'OVAIRE ET DE L'UTÉRUS

Par M. le docteur Péan (1), Chirurgien de l'hôpital Saint-Louis.

Conclusions. — 1° Il est un certain nombre de tumeurs de l'ovaire qui nécessitent l'ablation de cet organe avant qu'elles aient acquis un grand volume.

2° Ces tumeurs se rattachent à certaines variétés d'inflammations chroniques, de kystes, de fibromes et de cancers.

(1) Ouvrage présenté à l'Académie de médecine, séance du 3 juillet 1883.

3° Ce sont généralement les accidents nerveux, en particulier les névralgies et les troubles menstruels qui forcent le chirurgien à intervenir.

4° C'est à tort, suivant nous, qu'on a proposé ces sortes d'opérations pour arrêter les hémorrhagies qui proviennent de tumeurs utérines. En pareil cas, leur effet serait tout au moins aléatoire.

5° Le manuel opératoire et les soins consécutifs sont les mêmes que pour les grandes tumeurs. La petitesse de la plaie, la rapidité de l'opération, les ligatures perdues, la rentrée des pédicules, la bonne fermeture de la plaie suffisent habituellement pour assurer le succès (4 succès sur 4 opérées).

6° Grâce aux ressources que procurent l'anesthésie, l'hémostasie et les pansements antiseptiques, l'ablation des petites tumeurs de l'ovaire et de l'utérus, autrefois si redoutée, peut être pratiquée sans trop de difficultés ni de dangers dans un bon nombre de cas.

7° Pour les petites tumeurs de l'utérus, il faut s'en tenir à l'ablation partielle par la voie vaginale toutes les fois qu'elle suffit à enlever la tumeur et dépasser les limites du mal.

8° S'il s'agit de kystes ou de tumeurs fibreuses pédiculées, l'excision avec le bistouri ou le thermo-cautère, la ligature lente ou extemporanée peuvent trouver leurs indications et leurs avantages.

9° S'il s'agit d'un cancer épithélial, il vaut mieux recourir à l'ablation partielle avec le cautère tranchant de mon modèle, même lorsque, outre le col et les culs-de-sac du vagin, il faudrait détruire l'intérieur du corps de l'utérus.

10° S'il s'agit de petites tumeurs fibreuses de l'utérus qui mettent la vie en péril et qui se rapprochent de l'hypogastre et surtout de l'ombilic, l'ablation partielle par la voie sus-pubienne, suivant les procédés que j'ai imaginés, est avantageuse quand elle suffit pour dépasser les limites du mal. Quand elle ne suffit pas, l'ablation totale de l'utérus ne devra être tentée par cette voie que dans des cas exceptionnels.

11° S'il s'agit de petites tumeurs fibreuses de l'utérus incompatibles avec la vie, qui, en raison de leur petit volume, de leur nombre, de leur siège, sont difficilement accessibles par la voie hypogastrique et ne peuvent être guéries que par l'ablation totale de l'utérus, le mieux sera de les aborder par la voie vaginale en suivant notre procédé.

12° Dans l'ablation totale de l'utérus par la voie vaginale, il n'est pas nécessaire d'enlever les ovaires, en même temps que cet organe,

s'ils ne sont pas malades. Au cas où ils le seraient, leur ablation n'aggraverait pas sensiblement l'opération.

13° Lorsque l'utérus est affecté de cancer épithélial, l'ablation totale n'a donné jusqu'ici de bons résultats que dans les cas où le néoplasme était limité au col de l'utérus ainsi qu'à la muqueuse du corps. Or, dans ce cas, l'ablation partielle avec le cautère tranchant aurait suffi et aurait été d'une bénignité incomparable; dans les cas où l'utérus était plus profondément atteint, les dangers de mort rapide et la promptitude de la récidive rendaient l'intervention aussi périlleuse qu'inutile, ce qui revient à dire que l'ablation totale de l'utérus, si vantée aujourd'hui dans ces sortes de tumeurs, trouvera rarement son application.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

TRAVAIL COMPLIQUÉ PAR UNE OCCLUSION CICATRICIELLE DU VAGIN.

M. Mansell-Moulin rapporte l'observation d'une femme de 42 ans qui vint le consulter parce qu'elle éprouvait de violentes douleurs dans l'abdomen. Elle avait été réglée à 18 ans; mais, depuis cette époque, la menstruation avait toujours été irrégulière et avait cessé depuis un an.

Cette femme avait eu trois enfants, dont le dernier était âgé de 11 ans et demi.

Le dernier accouchement avait été très laborieux, l'enfant était très gros et la sage-femme ne put dégager les épaules que deux heures après que la tête avait été expulsée et se trouvait hors de la vulve. Une hémorrhagie assez grave était ensuite survenue, et pendant cinq semaines les lochies avaient été sanguinolentes.

Depuis cette époque, la santé générale avait été bonne; cependant, les règles n'étaient venues que deux ou trois fois dans le cours d'une année; mais alors elles étaient très abondantes et duraient pendant dix jours. La dernière menstruation datait de cinq mois.

En examinant cette femme, il fut très facile de diagnostiquer une grossesse de 4 à 5 mois. Au toucher, on constatait une occlusion complète du vagin; le doigt arrivait dans un cul-de-sac d'environ 4 centimètres de profondeur, où l'on ne pouvait pas découvrir le plus petit orifice, même à l'aide du spéculum.

Le travail s'effectua à terme, la bride cicatricielle céda un peu, de

façon à permettre d'introduire l'extrémité du doigt et de constater une présentation des pieds. A l'aide de trois ou quatre incisions faites sur les bords de la bride, on facilita l'achèvement du travail.

Il se fit ensuite une légère hémorrhagie qui provenait d'un petit vaisseau situé dans le tissu cicatriciel et dont on se rendit facilement maître à l'aide de tampons imprégnés de perchlorure de fer.

On put ensuite reconnaître la présence d'un fibrome volumineux situé dans la paroi postérieure de l'utérus. Trois mois après, ce fibrome avait disparu. L'occlusion du vagin s'était reproduite et les règles n'avaient pas encore reparu.

Ce cas est intéressant en ce qu'il fait voir comment parfois la conception peut se produire dans des circonstances qui y seraient le moins favorables. Il est probable que le liquide menstruel se sera collecté au-dessus de l'obstacle jusqu'à ce qu'il y en eût une quantité suffisante pour permettre une légère dilatation du rétrécissement, ce qui rendrait compte de l'écoulement abondant et de couleur noirâtre qui se faisait tous les cinq ou six mois. La conception a pu avoir lieu immédiatement après une de ces périodes cataméniales. (*British med. Journal* et *Journal de médecine de Paris.*)

Paul Rodet.

HÉMORRHAGIE INTERNE POST-PARTUM. — ÉTAT SYNCOPAL GRAVE. — INJECTION SOUS-CUTANÉE D'ÉTHER. — GUÉRISON.

Par le Dr E. Ory.

Je fus appelé, le 10 juin 1883, auprès d'une jeune femme de 23 ans, primipare, Mme G..., demeurant quai de Passy, qui venait d'être accouchée par une sage-femme et qui perdait du sang en abondance.

Au moment de mon arrivée chez Mme G..., je la vis étendue sur son lit, immobile, avec pâleur et refroidissement extrême des tissus, le pouls était à peine perceptible. J'appris que cette femme n'était pas délivrée, bien qu'accouchée depuis une heure environ, qu'il y avait adhérence du placenta et hémorrhagie qui persistait encore.

J'avais eu le soin de me munir d'un flacon d'éther sulfurique, et tandis qu'on plaçait la pauvre mourante en travers de son lit pour que je pusse la délivrer, je lui pratiquai de suite à la partie externe de la cuisse une injection de 10 gouttes d'éther, puis, immédiatement

après, je fis la délivrance artificielle, non sans quelques difficultés, à cause de l'état d'adhérence partielle du placenta.

La délivrance une fois faite, je constatai l'inertie persistante de l'utérus, et dans le but de réveiller les contractions utérines, j'exprimai dans la cavité utérine quelques gouttes de jus d'un citron qui se trouvait à ma portée ; puis, à l'aide de ma main gauche appliquée sur le ventre, je comprimai énergiquement l'utérus, tandis que ma main droite placée dans le vagin aidait à cette compression.

Au bout de quelques minutes, constatant que, si l'hémorrhagie était actuellement peu abondante, l'état syncopal persistait, je fis une seconde injection sous-cutanée d'éther sur la région hypogastrique, cette fois de 15 gouttes.

Peu après, je constatais que la malade reprenait enfin connaissance ; elle put parler, le pouls redevint perceptible, et le visage se colora faiblement. A partir de ce moment, le retrait de l'utérus s'opéra régulièrement et cela d'autant mieux qu'on put faire prendre à la malade une première dose de 0,50 centigrammes de seigle ergoté en poudre, à défaut d'ergotine qui me manquait, puis une seconde dose un quart d'heure après.

Lorsque je quittai cette malade, une heure plus tard, tout danger immédiat paraissait conjuré ; la malade, bien que très faible, avait repris connaissance ; et l'hémorrhagie était complètement arrêtée.

Un traitement tonique fut prescrit : potion cordiale, extrait de quinquina, grogs au rhum, puis aussi des lotions antiseptiques localement : infusion d'eucalyptus, solution phéniquée. Les suites de couches furent régulières, sans complication ; mais l'accouchée resta très anémique pendant plus de deux mois. Je l'ai revue depuis, en septembre ; elle était absolument guérie.

Réflexion. — L'efficacité des injections d'éther est bien connue surtout par les membres de la Société clinique, qui ont entendu la communication de M. Letulle, en 1879, et l'intéressante discussion qui l'a suivie. Il m'a paru utile cependant de publier cette nouvelle observation, parce qu'on ne saurait trop vulgariser un mode de traitement si pratique et si rapidement efficace, soit contre l'hémorrhagie, soit contre l'état syncopal grave. L'éther, employé ici à hautes doses en injections sous-cutanées, n'a pas causé d'accident, même léger ; il a certainement sauvé la vie à cette jeune femme, qui était mourante à mon arrivée près d'elle. (*La France Médicale.*)

DE L'EMPLOI DES ANESTHÉSIQUES PENDANT LE TRAVAIL

Par le Dr Thomas Savill.

Dans un mémoire qu'il a lu récemment devant les membres de la branche Sud-Est de l'Association médicale britannique, le Dr Savill indique quelles sont les principales précautions à prendre, et les observations qui rendront l'usage du chloroforme parfaitement justifiable. 1° Certaines femmes ont une tendance aux hémorrhagies à chaque couche, et chez d'autres il semble y avoir déjà un trop grand relâchement des fibres utérines (femmes faibles et anémiques qui en sont à leur huitième ou dixième grossesse) ; dans ces cas il serait déraisonnable de donner du chloroforme, excepté par nécessité. Heureusement ne sont-ce pas ces femmes qui souffrent le plus, mais plutôt ces primipares d'une santé vigoureuse, dont le bassin et la conformation générale se rapprochent du type masculin ; 2° on ne le donnerait pas si le travail était compliqué de vomissements abondants ou d'une affection cardiaque aiguë ou chronique, à moins d'y être absolument forcé ; 3° il ne devra pas être donné à fond, si ce n'est pour une opération, des convulsions, ou un spasme du col ; et alors il est absolument nécessaire qu'une personne y consacre toute son attention ; 4° l'inhalation sera suspendue aussitôt qu'on trouvera que le pouls devient très faible, ou la respiration irrégulière ; 5° si quelque chose fait supposer qu'on a affaire à une cardiaque graisseuse et affaiblie cela doit rendre circonspect dans l'emploi du chloroforme. Ici, comme dans les cas autres que celui de travail, ce n'est pas la lésion valvulaire la plus étendue (aussi longtemps qu'elle est aidée par une hypertrophie compensatrice), mais la paroi atrophiée et dégénérée qui constitue la source du danger. Malheureusement les signes de ces conditions sont subtils et incertains. Une impulsion cardiaque excessivement faible, combinée avec un premier bruit presque silencieux, pourra faire soupçonner un cœur graisseux ; ou bien des accès de dyspnée, du vertige, une syncope, en l'absence d'anémie ou de lésion valvulaire ; ou des dépôts abondants de graisse dans d'autres parties du corps, et l'apparition d'une hydropisie sans cause appréciable. On peut songer à la dilatation du cœur, lorsqu'il y a accroissement de l'étendue du choc précordial, combinée avec des pulsations épigastriques et veineuses, et un manque de correspondance entre la violence de l'impulsion cardiaque et la force du pouls. Les adhérences péricardiques

constituent aussi une source de danger. On peut les soupçonner lorsque la pointe du cœur est fixée au-dessus de sa position normale, et n'est pas déplacée par la respiration ; et lorsqu'il y a une dépression à la place de la saillie des espaces intercostaux au niveau du siège de la pointe, et que l'impulsion cardiaque a un caractère ondulant; 6° en tout cas, on prendra un soin extrême à prévenir l'hémorrhagie après l'accouchement: en donnant une forte dose d'ergot lorsque la tête atteindra le périnée ; en cessant le chloroforme aussitôt la sortie de l'enfant ; en réveillant la patiente aussitôt que possible. (*British medical Journal*, may 1883, et *Journal de médecine de Paris.*)

DU TRAITEMENT DU NOEVUS MATERNUS

Par le Dr James L. Little, de New-York.

Le Dr James Little ayant à traiter une tumeur érectile du volume d'une noisette, siégeant sur le côté gauche de la face d'un enfant de six mois, décrit de la façon suivante, le procédé qu'il employa pour arriver à la guérison. Après avoir dit qu'il a pour habitude de se servir d'aiguilles chauffées à blanc qu'il enfonce dans la base de la tumeur, qu'il préfère le poinçon de cordonnier, qui est légèrement courbé au niveau de sa pointe et aplati, aux aiguilles employées d'habitude par les chirurgiens, l'auteur arrive à l'opération : « Un assistant tenant l'enfant, je plaçai sa tête entre mes genoux, la face en haut de cette façon, je voyais bien toute la face, et j'étais à mon aise pour opérer. Un autre aide tenant une lampe à alcool à ma droite, je chauffai la pointe du poinçon et la plongeai dans la tumeur. La manière d'introduire l'aiguille est importante ; il faut la pousser dans la base de la tumeur et vers le centre et non dans le sommet. Je l'y laissai un moment, puis la retirai ; l'ayant chauffée de nouveau, je la réintroduisis. C'est à peine s'il s'écoula quelques gouttes de sang. Je répétai cette manœuvre jusqu'à ce que j'eus complètement fait le tour de la base de la tumeur. Il faut plonger le poinçon à l'union de la peau et de la tumeur et le diriger en bas et en dedans ; si on ne fait de piqûres que sur le sommet de la tumeur, on n'obtient qu'un médiocre résultat ; il faut s'efforcer de détruire les vaisseaux à la base. Ayant ainsi fait des piqûres tout le tour de la base, j'en fis quelques-unes sur la partie proéminente de la tumeur. La saillie diminua beaucoup.

Une des dernières piqûres que je fis fut suivie d'un écoulement de sang assez abondant. J'introduisis de nouveau une aiguille chauffée, mais sans pouvoir arrêter l'hémorrhagie. Je fis alors de la compression sur le siège de l'écoulement avec une éponge, et il ne tarda pas à s'arrêter. »

Pendant l'opération l'enfant cria, mais il ne semblait pas beaucoup souffrir, car il avait cessé de crier avant la fin de l'opération. Quant au pansement, on appliqua simplement sur la tumeur une compresse imbibée d'eau froide, la première nuit.

Quinze jours après, l'enfant fût ramené à la clinique ; il y avait une amélioration très notable, la tumeur avait diminué d'un tiers, elle était plus plate et sa surface présentait à peine une teinte rouge en un ou deux points. Le docteur Little fit deux ou trois nouvelles piqûres dans la base de la tumeur, et il était évident que cette seconde opération suffirait à amener la guérison et qu'il ne resterait qu'une légère cicatrice.

On peut employer aussi, pour cette opération, le galvano-cautère ou le thermo-cautère du Dr Paquelin, mais les piqûres sont plus grandes qu'avec le poinçon employé par le Dr Little, et ces appareils sont plus volumineux et coûtent plus cher qu'une simple lampe à alcool et un poinçon de cordonnier.

(*Medical News*, 19 mai 1883, et *Journal de Médecine de Paris.*)

CARIE DENTAIRE DE LA GROSSESSE ; SES CAUSES ET SON TRAITEMENT

Par le Dr Kirk.

Il faut rechercher la cause de la carie qui survient habituellement pendant la grossesse dans l'appel qui se produit dans l'organisme maternel pour la formation du tissu osseux du fœtus. On peut prévenir la destruction des dents de beaucoup de manières, mais surtout par l'usage des solutions de chaux ; telles sont les préparations de lacto-phosphate et d'hydrophosphite de chaux, qui assurent en même temps au fœtus un bon système osseux et dentaire et qui préviennent le rachitisme. Les envies maladives des substances minérales, telles que plâtre, craie et ardoise trouvent leur explication dans ce besoin naturel de l'organisme. Il en est de même de la prédilection que montrent certains oiseaux pour le plâtre, la chaux, etc., pendant la période de la

ponte. Il n'est donc pas indifférent pour le praticien de préserver la femme enceinte des inconvénients de la carie dentaire et d'une digestion défectueuse.

ÉRYSIPÈLE SURVENANT DANS LA GROSSESSE SANS PÉRITONITE PUERPÉRALE

Par Henry CAMPBELL.

L'auteur rapporte un cas qu'il a observé au mois de juin 1872, époque à laquelle sa malade, étant enceinte de plus de huit mois, fut prise d'un érysipèle grave de la face. On lui administra de la quinine à haute dose et peu de temps après elle donnait le jour à un enfant chétif, atteint d'ictère, qui mourut au bout de quatre jours. On continua à lui administrer pendant une semaine encore 60 centigrammes de sulfate de quinine par jour. L'érysipèle disparut peu à peu et le neuvième jour elle quittait le lit sans avoir eu de complications puerpérales sous l'influence de l'érysipèle. L'auteur rapporte un autre cas, qui se termina par la mort. La malade était à une époque avancée de la grossesse quand elle fut prise d'un érysipèle de la face assez grave qui provoqua un travail prématuré quelques jours après. L'accouchement fut suivi de péritonite puerpérale et la malade mourut. Dans la première observation, l'auteur fait remarquer qu'il ne *toucha* pas la femme et que la sage-femme ne se livra à aucune manœuvre. (*Transactions of the American Gynecological Society* et *Journal de Médecine de Paris.*)

MORPHINISME ET GROSSESSE

On a assez rarement l'occasion d'étudier le morphinisme chez les femmes grosses. Dans les quelques cas observés jusqu'ici, il ne parait pas que l'intoxication ait eu une influence manifestement mauvaise sur la mère, ni même sur l'enfant ; c'est ce qu'on voit notamment dans un fait publié par M. Braithwait.

Il nous a été donné récemment de faire une observation de ce genre dans des conditions particulièrement intéressantes. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-deux ans, hystérique hémianesthésique, sans

crises convulsives, dont la mère est aussi morphiomane. Elle avait commencé, il y a trois ans, à prendre de la morphine, à propos d'une névralgie faciale, et depuis elle n'avait point cessé de se faire elle-même des injections. Sa famille voulut la priver de morphine ; mais elle parvint toujours à s'en procurer, et, si on l'en croit, la soif de la morphine a eu sur elle l'influence la plus fâcheuse, en altérant profondément ses sentiments affectifs et sa volonté. Toujours est-il qu'elle devint enceinte et qu'au mois de février elle vint à Paris pour se faire démorphiniser ; sa grossesse alors était arrivée au sixième mois. Plusieurs médecins auxquels elle s'adressa refusèrent d'entreprendre la cure du morphinisme dans ces conditions.

Mme X... prenait à ce moment 24 centigrammes de chlorhydrate de morphine par jour ; dès que sa situation lui suggérait une réflexion pénible, elle se faisait une injection. Elle consentit à se séparer de la provision de morphine qu'elle avait faite dans son pays ; elle en avait environ un demi-kilogramme. Nous commençâmes quotidiennement la dose d'un demi-centigramme. Mais, tous les deux ou trois jours, il survenait des coliques utérines plus ou moins intenses et des mouvements exagérés de l'enfant qui nous forçaient à arrêter la diminution ; de telle sorte qu'au moment de l'accouchement, le 6 mai, la malade prenait encore 13 centigrammes de morphine par jour. L'accouchement, fait par M. Tarnier, ne présenta rien d'anormal. Pendant les huit jours qui suivirent on ne diminua pas la morphine. Quand nous voulûmes reprendre la suppression graduelle, les coliques se reproduisirent, et l'écoulement des lochies cessait dès qu'on augmentait les intervalles des injections de morphine, pour reprendre chaque fois que l'on introduisait sous la peau la dose ordinaire du médicament. Cet inconvénient n'était qu'en partie compensé par l'usage de suppositoires opiacés et d'assez fortes doses de chloral. La démorphinisation fut donc très lente aussi bien après l'accouchement qu'auparavant ; si bien que, le 3 juin, la malade prenait encore 8 centigrammes par jour. Nous supprimâmes alors d'un coup les injections : la malade eut de violentes coliques utérines et intestinales, de la diarrhée, de l'insomnie avec excitation pendant la nuit ; mais le lendemain tout fut fini et l'intoxication était guérie définitivement. Au bout de deux mois, Mme X... n'avait encore manifesté aucune velléité de revenir à ses anciennes habitudes.

En résumé, l'abstinence de morphine a déterminé des coliques utérines, dont l'exagération aurait pu être une cause d'avortement d'a-

bord, puis d'infection par suite de la rétention des lochies. Mais ce n'est pas le seul point intéressant de cette observation ; l'enfant, en effet, a subi aussi d'une façon très nette les conséquences de l'abstinence de morphine. Le nouveau-né, du sexe masculin, était bien développé, mais maigre ; on fut frappé de ses mouvements brusques et d'une agitation continuelle, avec cris, qui dura soixante heures, pendant lesquelles il ne dormit pas une minute ; puis les choses rentrèrent dans l'ordre.

Ce fait montre que, quoi qu'on en ait dit, le fœtus est influencé par la morphine, même à des doses relativement faibles, et qu'il peut souffrir de la démorphinisation brusque, qui pour lui est inévitable au moment de l'accouchement. Cette dernière considération légitime la cure graduelle pendant la grossesse.

(*Journal de la Santé publique.*)

QUE DEVIENNENT LES VARICES CHEZ LA FEMME ENCEINTE LORSQUE L'ENFANT SUCCOMBE ?

Par G. Rivet.

Cette question, posée par le Dr Budin dans sa thèse d'agrégation et laissée sans réponse faute d'observations, est résolue par l'affirmative dans cette note, basée sur un fait unique. Il s'agit d'une femme de 33 ans, cuisinière, d'une bonne santé habituelle, et qui avait eu déjà deux grossesses dont une terminée par une fausse couche. Dans le cours de ces deux grossesses, elle avait été atteinte de varices des membres inférieurs. Lors de la troisième grossesse, même développement des veines des membres inférieurs qui même s'œdématient ; vers le huitième mois, les mouvements du fœtus cessèrent, les seins devinrent douloureux, tendus, un peu de lait s'échappa par le mamelon. En même temps le ventre cessa de s'accroître et devint plus flasque et plus mollasse. Depuis lors aussi les veines s'affaissèrent progressivement sur les deux membres.

Le 13 juin, quelques douleurs la décidèrent à entrer à l'hôpital, où l'on constata des contractions utérines et un bruit de souffle utérin, mais pas de bruit du cœur fœtal. Quelques jours de repos firent cesser ces douleurs, et enfin l'accouchement eut lieu le 26 juin. L'enfant qui se présentait en S. I. G. A. était mort et macéré. Insertion vélamenteuse du cordon sur le placenta, qui pèse 210 grammes. Enfant, 1,130 grammes. Suites de couches simples. Ainsi donc, les varices

se sont affaissées à la suite de la mort du fœtus. On ne peut sans doute tirer de conclusions absolues d'un seul fait, mais ce fait est un argument en faveur de la théorie qui, dans la pathogénie des varices de la femme enceinte, fait jouer un rôle non moins important à l'élément physiologique qu'à l'élément mécanique.

En effet, nous voyons ici la masse fœtale rester sensiblement la même au point de vue de son volume et de son poids, et cependant les dilatations sanguines s'effacent. La compression des gros troncs veineux (si compression il y a) par le globe utérin persiste, et cependant la circulation ne paraît plus aussi entravée. Il semble donc qu'il faille faire une large part à la vitalité plus considérable de l'utérus et aux modifications de la circulation générale qui en sont la conséquence. (*Progrès médical*, 3 novembre 1884, et *Journal de Médecine de Paris*.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

DE L'ALIMENTATION DES JEUNES ENFANTS PAR LA FARINE D'AVOINE

Hôpital des enfants malades. M. Bouchut.

La question de l'alimentation des jeunes enfants et des différents procédés à suivre dans ce but se pose à chaque instant dans la pratique médicale. Le médecin est souvent embarrassé et il n'a pas toujours en dedans de lui des motifs sérieux et scientifiques à se donner pour conseiller un aliment plutôt qu'un autre.

Je ne parle pas de la question d'opportunité, c'est-à-dire du moment où l'on commence à nourrir les jeunes enfants autrement qu'avec le lait. Ici les règles sont précises. Tous les médecins sont d'accord. On sait que, dans les premiers mois de la vie, les organes anatomiques de la muqueuse intestinale ne sont pas suffisamment formés pour la digestion des féculents et qu'ils ne se forment que par degrés. Ce n'est qu'au troisième ou au quatrième mois de la vie que les féculents peuvent être transformés et digérés par la muqueuse gastro-intestinale. Sous ce rapport, on peut donc affirmer qu'il est dangereux de donner des bouillies, des panades et autres substances féculentes avant le quatrième mois. Pour moi, je ne commence qu'au cinquième.

Mais lorsque le moment est venu et qu'on commence à vouloir donner autre chose que du lait aux jeunes enfants, quel est le mode d'alimentation à adopter ?

La viande doit être sévèrement exclue. Tout au plus doit-on permettre le bouillon de poulet ou de bœuf très faible. C'est au moment de commencer l'usage des potages féculents et des potages préparés avec les différentes substances farineuses connues. On peut employer l'arrowroot, le sagou, le manioc, ce qui se fait beaucoup dans nos colonies, la farine de riz ou de blé, la farine Morton, etc.

Des travaux entrepris sur la composition de la farine d'avoine, il résulte que cette céréale renferme de la matière grasse, un *principe aromatique* qui a quelque rapport avec celui de la vanille, et qui donne à la graine fraîche une odeur qui enivre parfois les chevaux et l'homme. Journet a pu l'extraire au moyen de l'eau, puis de l'alcool.

D'après les travaux de Payen, de Franckland, la farine d'avoine possède l'*équivalent nutritif et calorifique* le plus élevé parmi les autres farines, et *en outre contient le plus de fer*.

D'après une analyse de Vogel, l'avoine contient :

Fécule	59.00
Albumine	4.30
Gomme	2.50
Sucre et principe amer	8.25
Huile grasse jaune verdâtre soluble dans l'alcool bouillant	2.00
Matière fibreuse	Q.V.

Davy, dans son analyse, y a trouvé 6 pour 100 de gluten, matière non signalée par Vogel.

Dans cette occurence et pour fixer d'une façon plus précise la composition de cette farine, j'ai fait faire une analyse nouvelle par M. Brissonnet, interne de l'hôpital des Enfants malades et licencié ès-sciences.

Analyse de la farine Morton

Pour 100 parties cette farine contient :

Eau		9.906
Substances protéiques	Albumine soluble	2.100
	Albumine insoluble	9.100

Matière grasse	6.525
Sucre	0,965
Gomme	1.570
Dextrine	1.324
Ligneux (son)	1.564
Amidon	64.570

Substances minérales (cendres).	*Fer* (*ou oxyde ferreux*, 0.0186)	0.01456	2.075
	Chaux	0.09105	
	Magnésie	0.11652	
	Potasse	0 37833	
	Acide phosphorique (PhO^5)	0.46578	
	Silice (SiO^2)	0.37897	
	Acide sulfurique	0.09050	
	Acide chlorhydrique, soude, etc. (dosés par différence)	0.53830	
	Azote total	1,61400	

L'examen microscopique n'a montré que de l'amidon d'avoine.

BRISSONNET.

Comme on le voit, d'après cette analyse, faite avec tout le soin désirable, de façon à fixer la science sur la composition de la farine Morton, ce produit offre, pour l'alimentation des jeunes enfants, des avantages que l'on ne trouve pas au même degré dans les autres fécules habituellement en usage.

(*Gazétte des Hôpitaux*).

DE L'EAU CHAUDE ET DE L'EAU FROIDE EN GYNÉCOLOGIE

Par Max RUNGE (Berlin)

(*Centralblat für Gynek*, 26 mai 1883.)

Dans une des précédentes revues obstétricales de ce journal, nous avons fait connaître les heureux résultats fournis par l'emploi de l'eau chaude dans la thérapeutique utérine et indiqué les récentes publications de Max Runge à ce sujet. Continuant les recherches dans cette direction, cet auteur a essayé d'établir un parallèle au point de vue

expérimental et clinique entre l'action de l'eau chaude et celle de l'eau froide.

L'eau, en effet, à ces deux températures différentes, montre beaucoup d'analogie dans ses effets, et par les gynécologues, on verra pour la même affection, et avec des résultats satisfaisants, tantôt l'eau chaude mise en usage, tantôt au contraire, l'eau froide. Il était donc du plus haut intérêt d'étudier comparativement ces deux méthodes différentes d'emploi du même agent.

L'animal mis en expérience a été le lapin. Après avoir ouvert la cavité abdominale et mis l'utérus à nu, on y verse de l'eau à 5 degrés de manière à constituer un bain de cette eau à l'utérus. Immédiatement l'utérus se contracte et prend une teinte pâle, décolorée. La contraction tétanique dure environ une minute, puis cesse et ne tarde pas à se reproduire ; ces contractions continuant ainsi pendant quelques instants. Si on renouvelle l'eau qui baigne l'utérus de telle sorte que la température reste à 5 degrés, on voit l'état de contraction tétanique se prolonger beaucoup plus longtemps et durer jusqu'à dix et quinze minutes. Puis petit à petit, la contraction cesse, la coloration change. L'utérus devient rouge et la circulation active dans l'organe. Le retour à l'état normal est accompli au bout d'une demi-heure environ. Si, après cette expérience, on essaye l'emploi d'autres excitants, tels que la chaleur, l'électricité, on voit que de violentes contractions se produisent dans l'utérus, preuve que l'emploi du froid ne lui a pas fait perdre son irritabilité.

Prend-on un autre lapin femelle et lui ouvre-t-on la cavité abdominale dans une pièce où la température est de 10 à 12 degrés, au moment de l'ouverture, on voit se produire des petites contractions utérines. Si l'on verse de l'eau à 50 degrés, on observe des contractions péristaltiques de l'utérus, mais non une contraction tétanique prolongée. L'utérus revient petit à petit à son état normal, mais il prend une couleur bleuâtre. Prolonge-t-on l'action de l'eau à la température de 50 degrés, en ayant soin de la renouveler pour maintenir la température, les contractions durent pendant 10 minutes, puis, même retour à l'état normal avec la coloration bleuâtre. L'application à ce moment d'un nouvel excitant, tel que le froid, l'électricité, et même le plus énergique, la strychnine, ne produit aucun effet. Ce stade de paralysie est variable avec le degré de température de l'eau employée et avec la durée de son application, puis cesse au bout de vingt à trente minutes après lesquelles l'utérus redevient sensible.

Ce qui caractérise l'action du froid, c'est donc une contraction musculaire prolongée et l'absence de la période paralytique. Il était important de savoir à quel degré de température se produit la période paralytique. L'emploi de l'eau à 15 et 18 degrés centigrades ne la produisit pas. En appliquant ainsi de l'eau à différents degrés de température, on trouva que 40 degrés est la limite à laquelle on peut atteindre sans provoquer la période de paralysie. Au-dessus elle se montre comme dans l'expérience mentionnée plus haut, où l'eau employée était à 50 degrés.

Consultons maintenant la clinique, et voyons les résultats fournis par les basses et hautes températures. Il est un fait connu, c'est que l'eau froide arrête les hémorrhagies, de même que l'eau chaude, mais que l'action de cette dernière se fait sentir moins longtemps, ce qui s'expliquerait après les expériences précédentes. D'autre part, on sait que l'emploi des deux moyens donne à peu près les mêmes résultats toutes les fois qu'il faut, dans un but thérapeutique. provoquer des contractions utérines.

Dans une série d'observations cliniques, l'auteur a cherché à déterminer la différence des effets produits par l'eau chaude et par l'eau froide, tentative vaine, qui ne l'a conduit à aucun résultat. Aussi faut-il se demander si la différence d'action constatée expérimentalement chez le lapin, existe dans la race humaine. Or, toutes les observations cliniques plaident en faveur de l'identité complète de ces deux moyens d'action chez la femme.

C'est pour cela que l'emploi de l'eau froide qui d'après les expériences ci-dessus relatées aurait dû avoir une influence bien plus heureuse, n'a pas prévalu en gynécologie sur celui de l'eau chaude. Mais pourquoi, au contraire, est-ce l'eau chaude qui l'a emporté et qui maintenant est le plus généralement employée ?

Trois raisons principales peuvent en donner l'explication :

La première est due à ce que, dans beaucoup de circonstances, il est plus facile de se procurer de l'eau chaude que de l'eau suffisamment froide.

La seconde est que, suivant la remarque de beaucoup de médecins, l'emploi de l'eau froide expose davantage au collapsus que celui de l'eau chaude.

La troisième enfin est fournie par les femmes elles-mêmes qui, soumises alternativement aux deux traitements, préfèrent de beaucoup

celui par l'eau chaude, parce qu'il est moins douloureux. Les injections d'eau froide produisent, en effet, souvent un malaise local, des contractions utérines douloureuses et qui peuvent se répéter pendant plus ou moins longtemps.

(Auvard, *Bulletin de thérapeutique.*)

RÉTENTION DU PLACENTA.

En cas de rétention d'un fragment du placenta ou des membranes, examiner journellement la malade ; si le toucher vaginal permet de constater le fragment engagé dans le col, on place la malade en travers de son lit, dans la position obstétricale, on applique le spéculum et on fait une irrigation de liquide antiseptique ; puis on saisit avec une pince la partie pendante dans le vagin et on l'attire doucement à soi par un léger mouvement de torsion, sans secousse et sans effort. Si le volume trop considérable de l'utérus, après cette extraction, et la béance du col indiquent que la cavité utérine renferme encore quelques débris, on se garde bien d'introduire ni le doigt, ni surtout aucun instrument. On replace la femme dans son lit, on lui commande le repos et on attend ; on surveille.

Si les lochies présentent la moindre odeur, on pratique non seulement des injections vaginales antiseptiques, bi ou tri-quotidiennes, mais des injections intra-utérines, faites avec la plus grande douceur : une compresse imbibée de liquide antiseptique reste en permanence au-devant de la vulve.

S'il survient des hémorrhagies, on donne de l'ergot de seigle, des cordiaux ; on applique sur le bas-ventre une vessie de glace. On pratique le tamponnement antiseptique, pour l'enlever quelques heures après, quand l'hémorrhagie s'est arrêtée.

On prend la température deux fois par jour ; s'il y a de la fièvre, des frissons, on donne du sulfate de quinine.

Un beau jour, d'ordinaire du deuxième au cinquième jour après l'avortement, mais quelquefois plus tard, et même le vingtième jour, comme dans le cas cité plus haut, le fragment retenu s'étant ramolli et fragmenté, est expulsé avec les lochies. La malade est sauvée. Telle est l'expectation armée. Nous en avons obtenu des résultats si remarquables, si supérieurs en tout cas à la méthode contraire, que nous en sommes le partisan résolu.

Quant à la nature du liquide antiseptique, le plus usité jusqu'à ce jour a été l'acide phénique ; mais on est depuis peu en possession d'une puissance encore supérieure et qui a donné les meilleurs résultats à M. Tarnier : c'est le sublimé ou bichlorure de mercure en solution au 1/1000 (liqueur de Van Swieten), ou au 1/2000, la première solution pour les injections vaginales, la seconde pour les injections intra-utérines.

Paul Gerne.

(*Le Concours médical.*)

FORMULAIRE

Du traitement de l'urticaire survenant dans le cours des affections utérines, par l'hydrate de chloral à doses fractionnées (J. Chéron).

Les poussées d'urticaire sont un des réflexes utérins qu'on observe le plus souvent chez les névropathes et chez les lymphatiques.

Ce phénomène morbide est très rebelle à toutes sortes de traitements. Aussi suis-je très heureux de pouvoir faire connaître un moyen qui m'a donné et me donne d'excellents résultats, là où tant d'autres ont échoué.

Une communication récente du docteur Fox à la Société médicale de New-York prouve combien le traitement de l'urticaire est incertain.

« Le traitement de l'urticaire, dit-il, n'est pas un, il varie suivant les manifestations morbides et l'état général du malade.

« Dans la diathèse goutteuse, on emploie le carbonate de soude, le colchique et l'abstention d'aliments azotés. S'il existe des troubles gastro-intestinaux, la rhubarbe, le bismuth et les eaux sulfureuses sont indiqués. On a vu des urticaires rebelles céder rapidement aux bains alcalins et aux eaux sulfureuses.

« Les médicaments qui agissent directement sur le système nerveux peuvent guérir l'urticaire ou bien la produire. Telle est la quinine qui, chez des malades qui ne peuvent la supporter, don-

nent lieu à des éruptions ortiées. Mais, d'autre part, le Dr Lenté a vu un cas d'urticaire malarique céder à son emploi. Le salicylate de soude, l'atropine, la belladone ont produit les mêmes phénomènes. L'arsenic a donné des résultats variables, tandis que le bromure de potassium a été plus efficace. Il en aurait été de même de l'ergot de seigle, moyen empirique d'ailleurs. »

Enfin, le Dr Rochester déclare obtenir de bons effets de l'ipécacuanha et de l'émétique, et dans d'autres cas, de la diète lactée.

La multiplicité des moyens employés contre l'urticaire prouve seulement combien il est difficile de la faire disparaître.

Depuis longtemps j'emploie l'hydrate de chloral de la manière suivante avec un véritable succès.

Voici la formule et le mode d'emploi :

Chloral hydraté........................ 1 gramme
Sirop de sucre........................ 120 grammes.

Prendre une cuillerée à café toutes les heures ou une cuillerée à bouche toutes les 3 heures, sans tenir compte des repas.

Dans quelques cas très rebelles où l'action du chloral, quoique très notable, ne se fait pas assez vite au gré de la malade, je fais prendre concurremment un ou deux bains de son, auquel je fais ajouter la solution suivante :

Bichlorure hydrargyrique.................. 10 gr.
Alcool à 90°.............................. 120 gr.

Ce bain ne doit pas durer plus de 20 minutes à la température de 33 à 34 degrés centigrades et ne doit être répété qu'à un intervalle de trois jours.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Nomination dans les Hôpitaux.

M. le Dr Maygrier, médecin-accoucheur au bureau central, est nommé médecin-accoucheur de l'hôpital Tenon.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE
SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

Par le Dr E. Verrier.

—

6e LEÇON

Des annexes du fœtus a terme. — Caduque, chorion, amnios et organes transitoires. — Des placentas villeux, diffus et discoïdes : anomalies humaines. — Considérations pratiques.

Messieurs,

Non seulement par le fait de la gestation l'utérus, chez la femme et les mammifères, a, en quelque sorte, pris une vie nouvelle que nous ont fait apprécier les signes de la grossesse, mais des modifications plus importantes se passent dans sa cavité, qui est destinée, comme vous savez, à contenir le fœtus jusqu'à son complet développement, c'est-à-dire pendant un temps variable d'après les différentes espèces animales. Chez la femme, nous l'avons déjà dit, la durée de la grossesse dans toutes les races est, en moyenne, de 270 jours ou neuf mois.

Parmi les premières modifications du côté maternel, on trouve d'abord la transformation de la muqueuse utérine en caduque. Vous en connaissez le mécanisme, Messieurs, et vous savez que l'ovule fécondé vient se greffer dans un des replis de la muqueuse

hypertrophiée vers un point plus ou moins éloigné de l'orifice des trompes et quelquefois jusque près de l'orifice interne du col ou au centre même de cet orifice.

Vous savez aussi comment la muqueuse boursoufflée parvient à envelopper l'ovule et devient ainsi la caduque réfléchie, alors que le feuillet muqueux resté au contact du parenchyme utérin forme la caduque pariétale.

Pendant ce temps, l'ovule a subi une série de transformations que la physiologie vous indique et, descendu dans la cavité utérine, il s'y implante, comme nous venons de le dire, pour y subir d'autres modifications qui sont à peu près toutes les mêmes dans la série des mammifères.

L'enveloppe la plus externe de cet ovule fécondé, devenu en quelque sorte l'hôte de l'utérus, constitue le chorion formé de deux ou de trois membranes successives d'après les auteurs.

L'existence du chorion est générale dans toute la classe des mammifères. Quant à l'amnios, il existe aussi dans le même groupe et chez tous les sujets de ce groupe ; cette membrane provient du feuillet interne du blastoderme et sécrète à son intérieur un liquide qui sert d'enveloppe protectrice au fœtus et prend le nom de *liquide amniotique*.

Le chorion, au début, est recouvert de villosités qui servent à l'œuf de moyen de fixité dans l'utérus et sans doute aussi aident à la première nutrition de l'embryon. Chez l'homme et chez un grand nombre d'autres mammifères ces villosités s'atrophient dans la plus grande partie de la périphérie de l'œuf, pour s'hypertrophier en un point où se développera le placenta.

Cette modification a lieu chez les mammifères à placenta discoïde comme les rongeurs, les insectivores, les chérioptères et les primates qui appartiennent tous aux monodelphiens placentaires. Ceux-ci comptent encore parmi eux les lémuriens qui ont le placenta en cloche comme le fourmillier tamandua (A. Milne Edwards, *Ac. des Sciences*, 14 août 1871), ainsi que les mammifères à placenta zonaire comme les carnivores, les amphibiens, etc. Enfin font encore partie des monodelphiens, les mammifères à placenta villeux et ceux à placentas diffus disséminés ou multi

ples. Dans ces deux ordres nous trouvons les édentés, les cétacés, les sirémiens, les pachidermes, les solipèdes et les ruminants.

Nos animaux domestiques se rattachant pour la plupart à ces deux derniers genres, nous dirons quelques mots de chacun d'eux.

Ils appartiennent aux équidés, aux bovidés et aux ovidés. Nous ne parlerons pas des didelpiens chez lesquels on ne rencontre généralement pas de placenta.

Chez les équidés, il y a persistance des villosités choriales tout autour de l'œuf, et l'embryon, devenu fœtus, tire sa nourriture de la mère par ces villosités mêmes jusqu'au moment de son expulsion des organes maternels.

Chez les bovidés et les ovidés, le placenta est diffus, disséminé ou multiple. Dans ces espèces, il préexiste à la conception des cupules ou cotyles sous-muqueux dans lesquels se développent un grand nombre de villosités pendant la gestation, formant ainsi autant de petits placentas qui sont reliés ensemble par les membranes de l'œuf sur lesquelles rampent les vaisseaux allantoïdiens.

Cette disposition est visible sur la figure ci-contre prise dans une des cornes de l'utérus d'une vache en gestation chez laquelle j'ai fait abstraction du fœtus pour ne pas compliquer l'épure.

Fig. 1.
Placenta diffus de la vache.

Le placenta des ovidés diffère peu de celui des bovidés. Chez tous, les vaisseaux de l'allantoïde se distribuent aux cotyles placentaires en se ramifiant sous les membranes de l'œuf de l'un à l'autre cotyle. Chez les équidés ils se rendent de la même manière aux villosités périphériques.

Pour ne pas nous écarter du sujet de cette leçon, nous passerons rapidement sur la description des placentas zonaires et en cloche, mentionnant seulement que, dans les premiers, les villosités choriales s'atrophient aux deux extrémités de l'œuf pour se développer vers son centre et à son pourtour en une zone plus ou moins large suivant l'espèce et la grosseur de l'animal. Enfin, dans le placenta en cloche, la presque totalité de la surface de l'œuf adhère à la face interne de l'utérus par des villosités épaisses et serrées, sauf en un point qui correspond à l'extrémité céphalique de l'embryon.

En définitive, le placenta des lémuriens tiendrait tout à la fois du placenta villeux des solipèdes par son apparence extérieure et du placenta zonaire des carnivores, avec cette particularité que les portions moyennes et supérieures de la muqueuse sont creusées d'une multitude d'anfractuosités irrégulières qui ne sont pas sans quelque analogie avec celles qui existent sur la muqueuse des animaux à placentas diffus.

Quoi qu'il en soit, j'ai hâte d'arriver à la description des placentas discoïdes. Parmi ceux-ci, les plus élevés dans la série appartiennent aux différentes familles des primates qui répondent à l'ancienne division des quadrumanes et des bimanes, c'est-à-dire aux singes et à l'homme.

Mais dans les quadrumanes, nous écarterons tout d'abord les lémuriens dont le plus grand nombre de genres ont le placenta en cloche, comme nous venons de le dire.

Parmi les singes du nouveau continent (cébiens) on en trouve dont le placenta, bien que discoïde, et se rapprochant de la forme du placenta humain, possède quatre vaisseaux, deux veines et deux artères. Or, cette disposition existe quelquefois chez l'homme à l'état d'anomalie, par suite de la persistance d'une des veines ombilicales qui ne s'est point atrophiée. Chez les pithéciens, au

contraire (singes de l'ancien continent), le placenta, tout en restant de forme discoïdale, ne contient que trois vaisseaux, mais il se compose de deux disques distincts dont les dimensions sont tantôt égales, tantôt inégales.

Le cordon ne s'insère que sur l'un des placentas, sa communication avec le second est établie par les deux artères et la veine ombilicale qui rampent sous les membranes. (G. Hervé.)

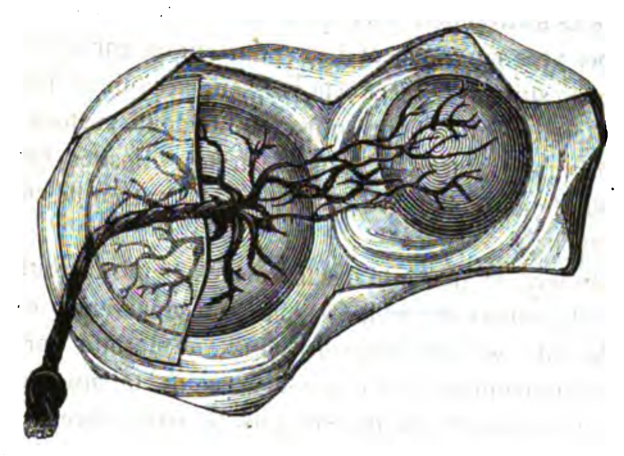


Fig. 2.
Placenta des pithéciens à disques inégaux.
(Singes de l'ancien continent.)

Si je rappelle cette disposition normale du placenta chez le singe, Messieurs, c'est que je compte par elle vous expliquer tout à l'heure certaines anomalies chez l'homme qui resteraient incompréhensibles sans cela, et c'est dans ce but que j'ai établi cette sorte de classification placentaire que je viens de vous exposer.

En effet, d'après Milne-Edwards père, la classification naturelle des animaux ne doit pas se faire en considérant ceux d'entre eux dont le développement est achevé, mais il faut tenir compte de l'examen des états transitoires par lesquels ces êtres passent avant d'arriver à leur forme permanente. Ce sont ces métamorphoses qui révèlent les véritables affinités naturelles.

Flourens, père, Messieurs, partageait la même opinion.

D'après cela, c'est donc dans la constitution de l'embryon et de ses organes transitoires qu'il faudrait chercher les caractères nécessaires pour expliquer les différents arrêts de développement, hésitations, régressions ou retour à un état antérieur que l'on reconnaît en raison de l'étroite similitude de certaines dispositions retrouvées anormalement chez l'homme et qui viennent ainsi confirmer les lois de l'atavisme.

Entre les singes de l'ancien continent et l'homme, il existe une autre famille de primates dont le placenta est identique à celui de l'espèce humaine, mais qui sans doute comme ce dernier à aussi ses anomalies : c'est la famille des anthropoïdes.

On retrouve cependant encore dans le placenta du Gibbon, qui forme la jonction entre les pithéciens et les anthropoïdes, une certaine disposition à deux disques qui rappelle celle des singes de l'ancien continent (Obs. de Owen).

Je n'entrerai pas, Messieurs, dans plus de développement à propos des organes transitoires de l'embryon humain ; je ne ferai que citer en passant les vésicules ombilicale et allantoïde qui se comportent d'après les lois connues par vous de l'ovologie, dans la série des mammifères.

J'appellerai seulement votre attention sur le mode de formation du placenta double des pithéciens, d'où vous pourrez conclure à ce qui arrive chez l'homme lorsque la même disposition y existe d'une façon anormale.

La figure 3 ci-après et la légende qui l'accompagne suffiront pour vous renseigner.

Quant à l'embryologie comparée proprement dite, je ne puis que vous signaler les nombreux rapprochements que vous trouverez à y faire touchant les lois de l'atavisme. Je vous rappellerai particulièrement la difficulté qui existe dans les premiers temps de la vie intra-utérine à distinguer, non seulement le fœtus humain du fœtus du singe, mais même de celui d'autres mammifères beaucoup plus éloignés de lui dans la série animale.

Je me bornerai pour aujourd'hui à vous signaler quelques ano-

malies placentaires, ayant été moi-même témoin de plusieurs d'entre elles et à en tirer des conclusions pratiques.

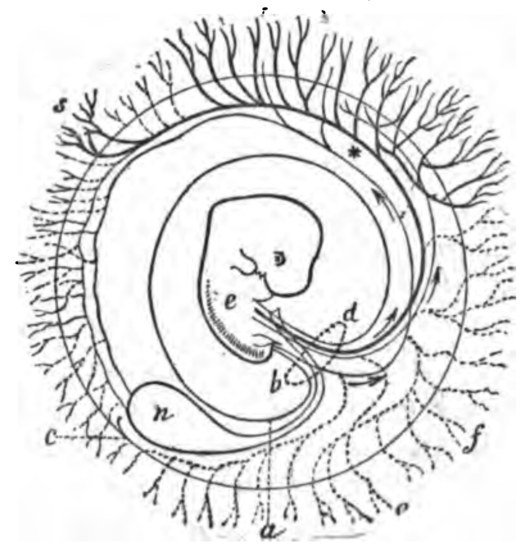


Fig. 3.

a. Amnios. — *e*. Embryon. — *n*. Vésicule ombilicale. — *c*. Chorion. — *bd*. Engaînement des vaisseaux par l'amnios. — ——> Direction dans laquelle progresse cet engaînement. — *Dernier aboutissant de cette gaîne — *s*. Petit disque placentaire qui en ce point ne gênera pas l'engaînement. — *fg*. Points d'insertion vélamenteuse par formation sur ces points des disques placentaires ou bien par adhérence de la vésicule et de son conduit ou encore des vaisseaux allantoïdiens. — .... Tracé des vaisseaux en voie d'atrophie. ———. Veine ombilicale. — = Artères ombilicales.

C'est d'abord un placenta humain, recueilli par le Dr Blot et décrit par lui en 1856, dans lequel, outre le gâteau principal, il existait cinq cotylédons supplémentaires, disséminés dans

Fig. 4
Placenta humain à cotylédons supplémentaires disséminés (H. Blot).

l'épaisseur des membranes. Des rameaux vasculaires rampaient sur les membranes et s'étendaient jusque sur chaque cotylédon isolé (voir fig. 4).

N'y a-t-il pas dans ce placenta une sorte de disposition qui rappelle de très loin celle du placenta diffus des bovidés ?

Quelque hardie que paraisse cette hypothèse, en raison de l'absence des dispositions correspondantes de la matrice, on devra tenir compte d'une autre disposition à plusieurs lobes qui a été rencontrée par Hyrtl, de Vienne, et qui est encore un curieux exemple du même genre d'anomalie (fig. 5).

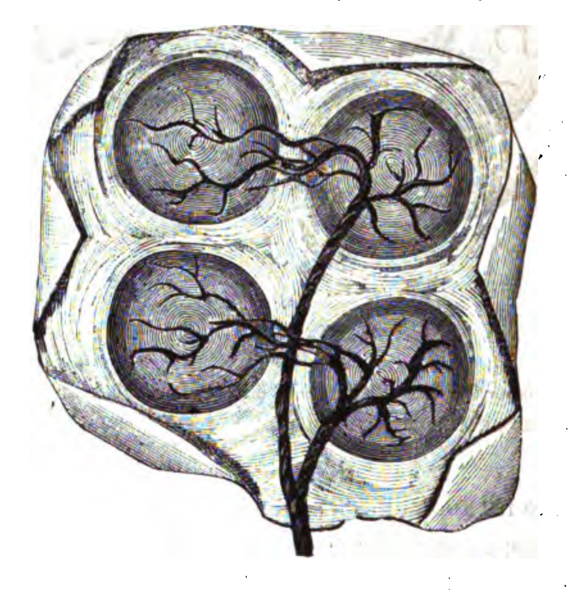


Fig. 5
Placenta *multiloba* humain.

Dans cette anomalie les disques sont sensiblement égaux. Le cordon se divise en deux branches. Chaque branche fournit à deux disques, en se ramifiant sous les membranes d'un disque sur ce disque correspondant. Le cordon contient trois vaisseaux ombilicaux comme à l'état normal.

Une autre anomalie que l'on rencontre aussi quelquefois, c'est le placenta discoïde à disques égaux, dans lequel le cordon, contenant ses trois vaisseaux, au lieu de se rendre à l'un des placentas

pour de là se distribuer à l'autre disque en rampant sur les membranes, se bifurque à quelque distance des deux disques, chaque branche de bifurcation se rendant respectivement à l'un des disques pour s'y distribuer à la manière ordinaire, comme on le voit dans la figure 6.

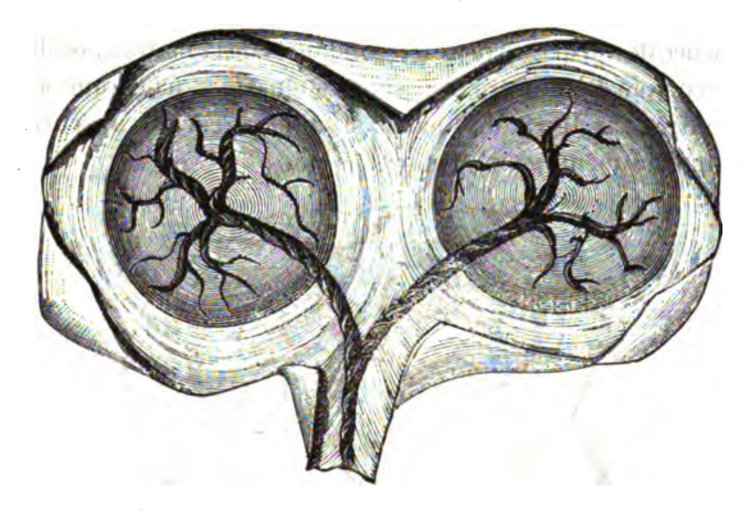


Fig. 6

Placenta à disques égaux. Bifurcation du cordon ombilical qui contient les trois vaisseaux normaux. (Quelquefois il y a persistance des veines ombilicales.)

Ce sont là les anomalies les plus rares.

Parfois encore le cordon s'insère directement sur les membranes (insertion vélamenteuse) et de là les vaisseaux rampent jusqu'au placenta. Cette disposition n'est pas sans une certaine analogie avec celle des vaisseaux du placenta diffus chez la vache (voir fig. 1re). Le Dr Thévenot a publié dans les *Annales de Gynécologie*, en 1881, une double insertion de ce genre (figure 7) dans un cas de grossesse gémellaire. L'insertion vélamenteuse dans les grossesses simples n'est pas absolument rare, mais elle est très dangereuse pour le fœtus en raison de la déchirure possible des vaisseaux sanguins, et elle n'est pas non plus sans analogie avec les placentas de mammifères dans lesquels les vaisseaux rampent sur les membranes.

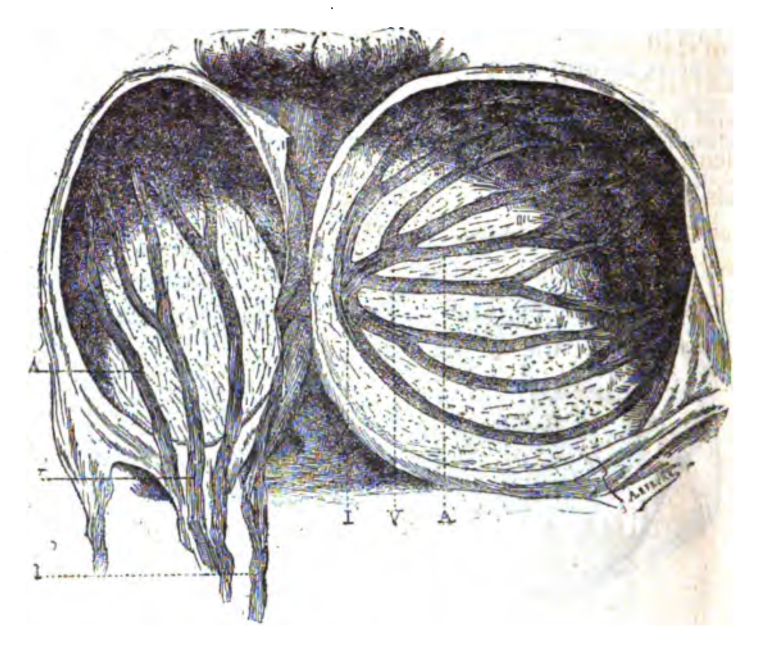


Fig. 7
Grossesse gémellaire; placentas unis avec deux poches fœtales. — I. I. Insertions des cordons sur leurs membranes respectives. — A. V. Artères et veines pour chaque poche fœtale.

Bien plus fréquentes sont les anomalies du placenta *biloba*. Dans ce cas, le plus souvent les disques sont inégaux. On se rappelle que chez les singes de l'ancien continent le placenta à deux lobes est l'état normal, mais il y a plus fréquemment que chez l'homme égalité de grosseur des disques. Cette anomalie a été aussi désignée sous le nom de placenta *succenturia*.

Outre les considérations anthropologiques auxquelles donne lieu le placenta bilobé (fig. 7) dans l'espèce humaine, nous devons encore noter certaines particularités très importantes pour la pratique.

D'abord les vaisseaux, toujours au nombre de trois, rampent sous les membranes du gros disque vers le petit, et celui-ci est plus ou moins éloigné du premier (P. Dubois ; Ebert, de Berlin). Si le pont membraneux est peu étendu et que l'enfant se présente par le sommet il n'y a guère de complication à redouter. Guéniot

a vu un cas de présentation du siège dans lequel le plus petit placenta n'était guère que de 1/6e de la masse totale. Le pont membraneux avait 26 millimètres d'étendue. Les placentas étaient insérés au fond de la matrice et la délivrance se fit d'un seul coup, sans accident.

Mais il peut se faire que le gros disque étant sorti et les membranes déchirées autour du plus petit resté dans l'utérus, la femme soit exposée à mourir par suite d'une hémorrhagie secondaire causée par ce débris placentaire (cas de Dolz), ou à succomber ultérieurement à l'infection putride (fig. 8).

Fig 8.

Placenta bilobé; le plus petit lobe resté dans l'utérus après la délivrance.

Le 3 octobre 1883, le Dr Champnez, en présentant à la Société obstétricale de Londres un placenta du même genre, a déclaré qu'en examinant la délivrance il était impossible de diagnostiquer la rétention d'un pareil corps dans l'utérus.

M. Tarnier, dans un cas analogue présenté par lui à l'Académie de médecine le 21 février 1882, ne s'est aperçu de la présence d'un disque *succenturia* que quand la sage-femme, chargée de la délivrance, voulut éloigner le placenta de la vulve. Elle reconnut à ce moment qu'une portion des membranes résistait aux tractions faites sur elles. Suivant alors le conseil de M. Tarnier, elle ap-

pliqua une ligature sur ces membranes, et après quelques minutes d'attente, une contraction survint et un placenta supplémentaire fut expulsé avec les membranes au milieu des caillots sanguins.

Le plus gros placenta pesait 210 gr. et le plus petit 140. Entre les deux existait un pont membraneux très long, sur lequel rampaient les vaisseaux allantoïdiens. C'est cette partie membraneuse qui fut tirée par la sage-femme.

Quelquefois, cette disposition peut coïncider avec une grossesse gémellaire comme dans le cas d'insertion vélamenteuse du Dr Thévenot, ou comme dans le cas présenté par Cazeaux à la Société de Biologie (fig. 9), dans lequel les œufs étaient distincts, l'un des placentas normalement conformé et l'autre bilobé à disques égaux. Cas des plus curieux qui ne donna lieu à aucune complication.

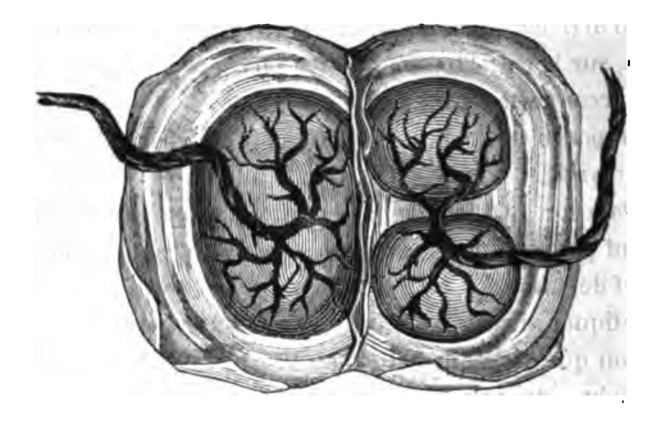


Fig. 9.

Grossesse gémellaire. Placenta bilobé et placenta normal (Cazeaux, Soc. de Biologie).

Bien plus dangereuse est la disposition suivante observée par Bastin et moi le 31 octobre 1883, à Asnières, et présentée par moi dans la même année, à la Société de chirurgie.

Il s'agissait en effet, comme le montre la figure 10, d'une insertion vicieuse du petit disque placentaire au centre du col.

Fig. 10.
Placenta bilobé. Insertion du petit disque sur le col. Perte grave (VERRIER, *Soc. de Chirurgie*).

A mon arrivée, je constatai une perte grave à la fin de la grossesse, et, sur le col, l'insertion d'un placenta dont je ne pus tout d'abord reconnaître la grosseur.

Un tampon bien appliqué fit tout à la fois cesser la perte et marcher le travail.

La dilatation se fit et l'engagement de la tête déchira les membranes en poussant hors la vulve un petit placenta de la grosseur d'un œuf de poule.

Je pratiquai ensuite la délivrance par expression et j'acquis la conviction que le disque principal du placenta était inséré au voisinage même du col et avait participé lui-même à l'hémorrhagie.

Les membranes qui réunissaient les deux disques placentaires étaient parcourues par les vaisseaux de l'allantoïde. Elles furent déchirées par suite de la propulsion du petit disque au dehors et la tête, en s'engageant à son tour, remplaça le tampon de charpie qui avait été retiré.

C'est, si je ne me trompe, le premier cas signalé dans la science où une disposition semblable d'un placenta bilobé ait donné lieu à une hémorrhagie avant l'accouchement.

Je ne vous dirai rien, Messieurs, des fonctions du fœtus, circulation, nutrition, respiration, etc., qui s'exécutent suivant les lois physiologiques que vous connaissez dans toutes les races humaines et chez les anthropoïdes. Je veux seulement, en terminant, appeler votre attention sur les anomalies placentaires dont je viens de vous parler et sur la possibilité d'une fréquence plus grande de ces anomalies dans les races inférieures, puisque vous voyez cette disposition bilobée du placenta à l'état naturel chez les singes de l'ancien continent.

Il appartiendra donc à ceux d'entre vous qui se destinent à la pratique dans les colonies, de faire en sorte que cette leçon ne soit point perdue pour eux.

Dans la prochaine séance, Messieurs, nous étudierons les différentes formes de la tête du fœtus d'après les races et nous ferons une description spéciale de cette tête au point de vue de ses rapports avec le canal osseux du pelvis qu'elle est appelée à franchir.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE

L'IGNIPUNCTURE DU COL DU L'UTÉRUS

Par le Docteur M. Manuel M. GONZALEZ

(Suite.)

ACTION PHYSIOLOGIQUE ET EFFETS THÉRAPEUTIQUES DE L'IGNIPUNCTURE.

A présent que nous connaissons le manuel opératoire de l'ignipuncture, ainsi que les soins qu'il faut donner avant et après l'opération, nous allons étudier maintenant les effets physiologiques et thérapeutiques qu'elle exerce sur l'utérus.

Au premier abord, il semblerait que la pointe ignée, en pénétrant dans le tissu du col utérin, dût éveiller la douleur ; mais il

n'en est rien, c'est à peine si les femmes éprouvent la sensation d'une légère chaleur s'irradiant vers l'abdomen, ou d'un liquide chaud qu'on verserait dans le vagin. L'ignipuncture agit d'une façon complexe, et parmi les effets qu'elle produit dans le tissu utérin, il en est qui lui sont communs avec la cautérisation actuelle ordinaire, ce sont l'action révulsive, et l'action destructive ; d'autres qui l'en éloignent et la caractérisent d'une façon particulière : ce sont les actions *modificatrice* et *limitante*, propriétés maîtresses de l'ignipuncture qui l'élèvent à la hauteur d'une méthode.

Le premier effet de l'introduction de la pointe ignée dans les tissus du col, c'est de détruire les parties qu'elle traverse en même temps que de provoquer une révulsion sur les parties profondes; en effet, après une séance d'ignipuncture, on voit le col utérin prendre une coloration rose pâle, qui persiste pendant plusieurs heures et même quelques jours.

A cette action révulsive et destructive il faut joindre l'action *modificatrice*; c'est la qualité maîtresse de l'ignipuncture, c'est à elle principalement qu'on doit les bons résultats qu'on obtient de la cautérisation ignée. Les pointes rougies qui traversent le tissu utérin le sillonnent de trajets multiples dont les parois sont plus ou moins profondément atteintes ; il se produit dans chacun de ces sillons une eschare, ainsi qu'une coagulation du sang à une certaine distance de ces parties qui sont mortifiées. Autour de ces eschares il se développe une inflammation nouvelle d'une nature différente de celle qui sévit dans le tissu utérin et ayant une plus grande tendance à la résolution. Le travail inflammatoire s'établit en général avec une grande promptitude ; une inflammation suppurative se montre au pourtour des parties mortifiées, l'eschare ne tarde pas à se ramollir et son élimination s'opère en général du huitième au dixième jour, laissant à sa place des trajets suppurants ; c'est de cette suppuration plus ou moins prolongée qu'on doit savoir profiter pour obtenir la résolution de l'organe.

Chacun de ces trajets au bout de quelque temps tend vers la cicatrisation, et ils sont comblés par un tissu cicatriciel, qui lui

aussi agit sur le tissu utérin par une sorte de compression en exprimant les liquides infiltrés dans son épaisseur et amène ainsi la diminution du volume de l'organe, en même temps qu'il rétrécit les vaisseaux et par là rend impossible la stase sanguine.

Ces modifications imprimées au tissu du col se propagent aisément au tissu du reste de la matrice, qui devient le point de départ d'une activité morbide qui, bien dirigée, donnera pour résultat et d'une manière graduelle, la résolution plus ou moins complète de l'inflammation dans tout l'organe.

Ainsi la suppuration abondante et la formation de tissu cicatriciel nous expliquent l'action modificatrice de l'ignipuncture et nous rendent parfaitement compte des premiers phénomènes que l'on observe à la suite de cette opération, tels que retour de l'utérus sur lui-même, le réveil de sa vitalité, l'allégement du poids, la suppression du catarrhe, la régularité des menstrues, la possibilité de redresser l'organe et de lui faire supporter l'application des pessaires en anneaux, etc. Consécutivement à ces effets produits dans l'utérus par la cautérisation ignée, il se manifeste une réaction dans le système médullaire. La névralgie lombo-abdominale et sacrée qui accompagnent presque toujours les affections utérines sont un des premiers symptômes qui disparaissent à la suite de cette opération.

Mais une condition essentielle dans l'emploi de l'ignipuncture, c'est la direction consécutive imprimée au traitement. L'ignipuncture sur le col utérin remplit le même office que dans les ostéites et surtout dans les arthrites chroniques. Mais de même que dans ces derniers cas les tendances curatives doivent être nécessairement soutenues et favorisées par l'immobilisation du membre, l'emploi de révulsifs, de résolutifs généraux et locaux, de même après l'ignipuncture du col faut-il soumettre la malade à un traitement sévère, si l'on veut espérer d'arriver à une guérison réelle. Il est d'autant plus important d'insister sur ce précepte qu'on a singulièrement abusé de la cautérisation sur l'utérus et qu'on l'a appliquée sans discernement à une multitude de maladies les plus diverses de cet organe. Cautériser une malade et ne lui prescrire ensuite ni repos ni traitement, c'est l'exposer aux

conséquences de l'inflammation la plus grave, utérine ou péri-utérine. Cautériser inconsidérément toute la surface du col, y compris son orifice et sa cavité, c'est disposer l'orifice utérin à des rétrécissements dont la conséquence est quelquefois pire que celle du mal qu'on a cherché à guérir.

Appliquer l'ignipuncture sans règles précises, c'est provoquer dans l'organe des déformations préjudiciables à l'exercice de ses fonctions. Aussi faut-il entourer l'application de l'ignipuncture de tous les soins généraux et locaux que comportent en général tous les traitements qui deviennent dangereux, autant ils sont efficaces, par l'effet même de leur puissance. Après l'application de l'ignipuncture, il faut se comporter avec la malade comme si elle était atteinte d'une inflammation aiguë ou subaiguë; les bains prolongés, les injections dans le bain et hors du bain, également prolongées, le séjour au lit pendant la première semaine et le repos pendant la semaine suivante : les eaux minérales résolutives, Vichy, Plombières et même certaines eaux sulfureuses ; l'hydrothérapie, surtout suffisamment prolongée, et les toniques, les reconstituants, le fer, le quinquina, le lait : tels sont les éléments du traitement consécutif, non seulement favorable, mais indispensable à la guérison des diverses affections utérines dans lesquelles l'ignipuncture est indiquée.

Je terminerai en recommandant de ne faire l'opération que dans l'intervalle des huit jours qui suivent la terminaison des menstrues ainsi que d'interdire les relations sexuelles, au moins dans les deux ou trois premiers mois de ce traitement, et de les permettre très modérément dans les deux ou trois mois suivants.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS DE L'IGNIPUNCTURE.

Parmi les maladies utérines dans lesquelles l'ignipuncture du col se trouve indiquée, il faut placer en première ligne l'inflammation chronique parenchymateuse ou muqueuse de cet organe accompagnée ou non d'ulcérations, car pour nous celles-ci ne sont qu'une partie accessoire de la métrite. En effet, la muqueuse enflammée, soit primitivement, soit consécutivement à l'inflammation du parenchyme, se gonfle, et, ne pouvant plus être contenue dans la cavité cervicale, elle fait, pour ainsi dire, hernie par

l'orifice externe et s'étale de chaque côté du museau de tanche tout en s'étranglant : cet étranglement produit les ulcérations. Ceux qui les considèrent comme un état pathologique indépendant de l'inflammation de l'organe, dirigent leur traitement contre ces lésions accessoires et sont tout étonnés, après leur disparition, de voir persister la douleur et tous les autres symptômes de la métrite chronique.

A quelle période de la métrite chronique doit-on pratiquer l'ignipuncture ? La métrite chronique comprend deux périodes parfaitement distinctes. Une première période de ramollissement ou d'infiltration; à cette période, le tissu utérin est mou, gorgé de sang et de sucs rougeâtres, les vaisseaux sont distendus, il y a une infiltration séro-sanguine, la muqueuse est épaissie et présente une coloration rouge ardoisée et est ordinairement hérissée de villosités et parsemée de granulations et fongosités, on constate la présence d'un grand nombre d'éléments embryonnaires dans le tissu utérin. La dilatation des vaisseaux, qui est en quelque sorte la lésion initiale de la métrite chronique, est le résultat des stases sanguines de longue durée : ces stases font perdre aux vaisseaux leur tonicité, et c'est pour cela que la plupart des moyens employés contre la métrite chronique ont été suivis d'insuccès.

Le relâchement et la dilatation des vaisseaux sont suivis de l'exsudation. On observe en outre la présence d'un grand nombre d'éléments embryonnaires le long des parois vasculaires. Cette première période de la métrite chronique est très douloureuse, et nous verrons plus loin que l'emploi de l'ignipuncture doit être alors rejeté; ce n'est que tout à fait à la fin de cette période qu'on peut en faire usage.

Dans la deuxième période de l'induration, l'hyperhémie et le ramollissement disparaissent, le maximum d'activité plastique de l'inflammation s'éteint, le parenchyme devient plus dur, plus résistant et rappelle les caractères du tissu cicatriciel, l'utérus n'a plus une coloration livide, mais devient pâle et jaunâtre. Cette pâleur est le résultat d'une anémie profonde. En effet, il n'y a que très peu de sang dans les parois de la matrice, les vaisseaux

étant rétrécis, étouffés par l'hypertrophie ou plutôt par l'hypergenèse du tissu cellulaire de l'organe. L'examen histologique révèle la présence d'une grande quantité de noyaux embryonnaires disséminés entre les éléments anatomiques normaux de l'utérus, ainsi que beaucoup de tissus conjonctifs nouvellement formés.

L'étude anatomo-pathologique que nous venons de faire justifie déjà d'elle-même l'utilité de l'intervention au moyen de l'ignipuncture, à la fin de la première période de la métrite chronique, ainsi que dans toute la seconde période de cette maladie.

Mais quels sont les signes qui nous permettront de distinguer ces deux périodes de la métrite : ce sont le toucher vaginal et l'examen au spéculum ; dans la fin de la première période, le toucher est peu ou point douloureux, le col n'est plus gros et mou comme au début de la maladie, mais diminue un peu de volume et le doigt constate l'existence de points dépressibles et d'autres résistants, ces derniers étant le résultat du travail d'organisation qui s'y opère. Par le spéculum, on voit que le col est d'un rouge violacé mais présentant par places des points plus ou moins pâles, quelquefois même de petites taches jaunâtres marbrant en quelque sorte le museau de tanche.

L'ignipuncture pratiquée dans cette période facilite par la suppuration la résorption des exsudats et des éléments du tissu embryonnaire, elle exerce aussi une action réflexe sur les parois vasculaires, qui, en se contractant, rendent aux vaisseaux leur calibre primitif. Le tissu cicatriciel qui est le résultat de l'opération contribue aussi, comme nous l'avons déjà dit, à exprimer les exsudats en établissant une sorte de compression.

A la seconde période, le toucher révèle que le col est toujours plus gros qu'à l'état normal, mais beaucoup moins qu'à la première période, et au lieu de constater la présence de quelques points durs isolés, ceux-ci ont pour ainsi dire conflué et le col, au toucher, donne une sensation de fermeté. Par l'examen au spéculum, on voit un col pâle, anémique, pâleur qui s'explique par le défaut de circulation dans l'organe, les vaisseaux étant pour ainsi dire étouffés par le tissu embryonnaire déjà organisé. Nous au-

rons peu de chose à dire sur l'opportunité de l'ignipuncture dans la seconde période de la métrite, elle est incontestable. Aucune des causes qui, dans la première période, nous auraient fait hésiter à l'appliquer, tels que l'hyperhémie active ou l'intensité inflammatoire, ne se retrouvent ici ; en effet, l'utérus supporte alors très facilement cette médication, le col, de dur qu'il était, devient plus souple, il recouvre sa vitalité de même que sa couleur primitive, parce que la circulation y reprend son cours normal ; son volume diminue et la sensation de pesanteur, de même que les douleurs abdominales diminuent considérablement ou disparaissent

Voyons maintenant ce que deviennent les principaux symptômes que l'on observe dans la métrite ? La névralgie est un des premiers symptômes qui disparaissent. La pesanteur que les femmes accusent dans l'hypogastre disparaît également d'une façon rapide, et, chose curieuse, c'est sur les femmes qui souffrent le plus et qui paraissent le plus affectées que l'on voit disparaître le plus promptement cette névralgie du plexus lombaire et sacré. L'écoulement leucorrhéique est sensiblement augmenté pendant les premiers jours qui suivent l'opération. La sécrétion utérine, de muqueuse qu'elle était, devient muco-purulente, mais elle diminue vite en s'atténuant de plus en plus.

Que se passe-t-il du côté de la menstruation ? Est-elle diminuée, augmentée ou suspendue ? La menstruation ne subit et ne doit subir aucune atteinte.

Quant à l'aménorrhée ou la dysménorrhée qui accompagnent souvent la métrite chronique, elles disparaissent d'une façon certaine à mesure que l'utérus recouvre son ancienne vitalité. Les inflammations de voisinage telles que la cystite et la rectite sont vite amendées, en même temps que l'on voit cesser la constipation, qui, à cause de sa persistance, n'est pas une des moindres souffrances des malades.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans la régression incomplète de l'utérus, avec ou sans métrite, avec rétro ou antéflexion. L'utérus se trouvant après l'accouchement, en état d'imminence morbide, on comprend que toutes les causes capables d'altérer la

santé de la femme viennent retentir plus ou moins sur l'utérus.

Parmi ces causes, signalons tous les accidents immédiats auxquels sont exposées les nouvelles accouchées ; c'est-à-dire la pelvi-péritonite, l'inflammation des ligaments larges, l'adéno-phlegmon, etc., etc., qui toutes agissent sur la régression de l'organe par obstacle mécanique opposé à la circulation. Le coït prématuré arrête aussi la marche d'involution de l'utérus, car il produit une irritation locale et un éréthisme général qui, troublant profondément l'innervation vasculaire de l'organe, ont pour conséquence l'hyperhémie et la congestion. Mais, parmi ces diverses causes pouvant produire l'arrêt d'involution de l'utérus, il en est une qui est la plus fréquente, et, partant, la plus importante à signaler; nous voulons parler de l'époque à laquelle les femmes en couches cessent de garder le lit et se livrent à leurs occupations ordinaires. En effet, s'il est facile d'obtenir d'une femme riche le repos pendant quinze ou vingt jours, il n'en est pas de même dans la classe ouvrière où nous voyons tous les jours que, malgré l'avis du médecin, les femmes se livrent à des marches et à des travaux pénibles. Que survient-il ? Chez quelques-unes, fortes, bien constituées, l'utérus suit sa marche vers l'état normal, mais chez celles qui sont douées d'un mauvais état général, l'involution s'arrête ; que va-t-il se passer ? Si cet arrêt se produit peu de temps après l'accouchement, l'utérus étant encore hypertrophié dans sa totalité, l'état congestif persistera par suite de la dilatation permanente des vaisseaux ; il ne pourra pas entrer en dégénérescence graisseuse, étant le siège d'une circulation très active, il s'engorgera, et cet engorgement pourra, comme l'a démontré M. Fauquez (thèse de Paris 1879), se terminer par une métrite chronique parenchymateuse ou muqueuse.

Que l'utérus, au contraire, ait été pendant quelque temps en travail de régression, et que, sous l'influence d'une de ces causes précédentes, ce travail de régression s'arrête, que va-t-il se passer ?

D'après Depaul et la plupart de gynécologistes, la régression de l'utérus marche de l'extérieur à l'intérieur en se faisant uniformément dans tous les points de l'organe. Il s'ensuit que l'isthme,

qui est la partie la moins riche en fibres musculaires et, par conséquent, la moins hypertrophiée, recouvre le premier sa texture primitive; mais, situé entre le col et le corps, masse globuleuse fixée par des ligaments directs au reste du bassin, cette partie est la plus faible de l'organe. Le corps qui est la partie la plus volumineuse a bien subi un certain degré de régression ; mais cette régression venant à être arrêtée à ce moment, il résulte que l'isthme n'est pas suffisant pour supporter le poids du corps, que les ligaments eux-mêmes ne pourront contribuer à soutenir, à cause de son relâchement et de l'arrêt d'involution de l'utérus. Le corps hypertrophié non soutenu tend alors à fléchir du côté de la face la plus volumineuse, et nous aurons ou une antéflexion, ou bien une rétroflexion. De ces flexions résultera la compression des veines transversales situées dans la limite du corps et du col et par suite l'engorgement avec toutes ses conséquences. Ainsi voyons-nous survenir à la suite de la régression incomplète de l'utérus ou un engorgement, ou une métrite, ou des flexions de cet organe.

L'ignipuncture est indiquée dans ces engorgements par arrêt d'involution, comme nous le verrons bientôt, ainsi que dans les métrites chroniques, suites de couches. Dans ces cas, l'ignipuncture, en établissant un foyer de suppuration, aidera à l'élimination des éléments de nouvelle formation, qui n'ont pas eu le temps de subir la dégénérescence graisseuse ; en outre, les pansements à la glycérine seront d'un puissant moyen pour la déplétion de l'organe, que l'on verra sous l'influence de ce traitement se réduire de plus en plus et rentrer bientôt dans sa forme et dans son état normal.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans les flexions de l'utérus (anté ou rétroflexion) quand elles reconnaissent pour cause l'origine que nous venons d'exposer.

Aujourd'hui on s'applique, surtout dans les traitements des flexions de l'utérus, au traitement mécanique, sans s'occuper de la cause qui a déterminé cette affection, ni de l'état local de l'organe ; de là les insuccès de ces divers procédés mécaniques. Ainsi voyons-nous appliquer des pessaires sur un organe malade,

et ces instruments deviennent pour cet organe un foyer d'irritation qui ne fait qu'aggraver l'inflammation dont il est le siège, sans remédier en rien à la flexion.

Que devons-nous dire des tuteurs intra-utérins dont on a tenté l'essai depuis ces dernières années ? Indépendamment des femmes qui ont payé de leur vie ces tentatives, on est effrayé des accidents nombreux qui ont été éprouvés par celles qui ont échappé à la mort, tels que hémorrhagies, péritonites, abcès pelviens, etc.

Pour nous, les flexions de l'utérus par suite de régression incomplète de cet organe, en majorité, sont dues à cette cause et doivent être considérées comme des affections passives qu'on guérit par des moyens mécaniques ; et, comme nous l'avons dit, il faut d'abord faciliter la régression de l'utérus de façon à faire disparaître l'hypertrophie de l'organe, et l'ignipuncture trouve ici son indication ; dans ces cas, elle active la déplétion des vaisseaux, et fait subir aux éléments embryonnaires la dégénérescence granulo-graisseuse par la suppuration prolongée, en même temps qu'elle favorise les exsudats pathologiques; l'utérus reprend sa tonicité, tend à se redresser, et nous avons vu, sous l'influence de ce traitement, l'angle de flexion diminuer d'une façon notable ; tous les symptômes qui accompagnent cette affection disparaissent, les règles deviennent régulières et même les femmes peuvent devenir enceintes, car nous savons qu'une des conséquences des flexions, c'est la stérilité.

C'est à la suite de cette amélioration que les pessaires peuvent être prescrits.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans l'engorgement de l'utérus.

L'engorgement de l'utérus a été de tout temps une des questions qui ont divisé le plus les gynécologistes, et aujourd'hui la majorité d'entre eux n'admettent pas l'engorgement comme une entité morbide qui doit prendre place à part dans le cadre nosologique des maladies utérines, au même titre que la congestion et la fluxion de cet organe. Ainsi voyons-nous que Lisfranc en admettait l'existence ; mais il le confondait avec la congestion, la

métrite, les déviations, il ne voyait que des engorgements partout. Velpeau le nie en tant qu'affection existant d'une manière isolée et indépendante de toute autre. Plus récemment, Scanzoni a fait de l'engorgement le synonyme de l'inflammation chronique de l'utérus et l'a caractérisé par une hypertrophie de tissu cellulaire utérin. Hardy et Behier confondent l'engorgement avec la métrite parenchymateuse chronique ; Nonat en fait de même, et Racle et Lorain disaient qu'il leur paraît absolument impossible, dans l'état actuel de nos connaissances, d'émettre une opinion formelle sur l'engorgement de l'utérus et que le seul fait qui leur paraît utile de signaler, c'est que dans le cas où l'on croirait avoir reconnu un engorgement utérin, le traitement qui conviendrait ne différerait pas de celui de la métrite chronique. M. Gallard dit qu'il est d'accord avec les auteurs qui revendiquent pour l'engorgement le droit de figurer dans une description nosologique, mais avec cette restriction qu'il y figure non comme entité morbide distincte, mais comme une simple modification, ou un des degrés divers d'un même état morbide : l'inflammation.

Nous pensons et avec notre maître le Dr Chéron et avec le professeur Courty, que l'engorgement de l'utérus doit être admis comme entité morbide bien définie, au même titre que la congestion de cet organe; il présente des signes caractéristiques qui le distinguent des autres états morbides qui, comme lui, s'accompagnent d'augmentation de volume de l'organe. L'utérus en état d'engorgement présente une tuméfaction permanente ; cette tuméfaction est constituée, au point de vue histologique, par la présence d'une matière amorphe, demi-solide ou liquide, entre les éléments anatomiques et qui les tient écartés ; quand cette matière est liquide, elle tient en suspension des granulations moléculaires généralement graisseuses. Le col se présente augmenté de volume, mais ce gonflement n'est pas accompagné de la coloration violacée de la métrite ; il est pâle, blafard, comme œdématié ; en outre, il est mou sans être saignant et ne donne au toucher ni la sensation de chaleur, ni de douleur de la métrite et de la congestion. L'engorgement peut exister seul, engorgement simple, ou coexister soit avec la congestion ou avec l'hyperthrophie, soit avec l'inflamma-

tion de l'organe ; mais, dans ces cas, les caractères des autres états morbides effacent ceux de l'engorgement.

L'engorgement simple a une existence propre, indépendante de l'action localisée des causes prochaines autres que les troubles mécaniques de la circulation, et procède tantôt de la congestion, tantôt de la stase ; son aspect variera avec son âge, il répond à toute une série d'états normaux de la nutrition qui sont compris entre la congestion récente et la stase ancienne, états normaux qui, avec le temps, se transforment les uns dans les autres, non pas d'une façon capricieuse, mais suivant un processus sensiblement fixe. Les causes prochaines de l'engorgement résident dans les troubles mécaniques de la circulation.

En présence de l'embarras circulatoire, congestion ou stase, qui a causé l'engorgement, quelle est l'indication dominante ? Désobstruer, si la chose est possible, imprimer à la circulation une activité artificielle susceptible d'être réglée, en opérant une espèce de drainage de l'organe, favorisant en même temps, dans la plus forte mesure possible, le processus de résorption nutritive : l'ignipuncture est tout indiquée, elle remplit ces conditions.

L'ignipuncture est aussi indiquée dans l'allongement hypertrophique du col de l'utérus.

Cette affection a été bien étudiée par M. Huguier. Sa nature essentiellement chronique, l'obstination avec laquelle elle résiste à tous les traitements en font une maladie telle, que l'on ne saurait redouter de se servir contre elle d'un traitement énergique. L'idée d'employer la cautérisation, dans cette affection, n'est pas nouvelle ; Simpson, Bennett, Ch. West et surtout le professeur Courty l'ont préconisée. Puisqu'on a traité cette affection par des caustiques chimiques, nous croyons qu'on pourrait se servir avec avantage de l'ignipuncture qui, dans ce cas serait un puissant moyen de dérivation par la suppuration qu'elle établirait, et on obtiendrait la déplétion de l'organe et on réveillerait la faculté d'absorption.

Il est évident que, si la maladie est arrivée à un degré assez avancé pour réclamer l'amputation, il en sera de l'ignipuncture comme des autres moyens palliatifs qu'on emploie ; mais nous

croyons que, dans les allongements récents, elle pourra donner de bons résultats, et c'est dans ces cas que nous la conseillons.

(*A suivre.*)

OBSERVATION DE MÉTRORRHAGIE

RECUEILLIE PAR M. LE DOCTEUR F. DUPONT.— DISCUSSION DES INDICATIONS A REMPLIR

—

Malade stérile,— veuve, âgée de 38 ans,— herpétique, — sténose du canal cervical,— rétroflexion de l'utérus,— névralgie lombo-abdominale,— dyspepsie et congestion du foie,— métrorrhagies.

Madame veuve X, sans profession, 38 ans. Réglée à 15 ans, avec de très fortes douleurs pendant les premières trente-six heures. Ecoulement abondant pendant quatre jours.

Dès l'âge de 10 ans, la malade était pâle, anémique, faible et souffrante. Après les premières règles, arrêt de 9 mois ; ensuite les règles reparaissent tous les quinze jours ou toutes les trois semaines, abondantes et d'une durée de quatre à cinq jours. Dans l'intervalle, pertes blanches, névralgie lombo-abdominale continuelle, avec irradiations et points ovariques, sensations de pesanteur dans le bas-ventre. A 18 ans, hémorrhagies abondantes pendant 15 jours, obligeant la malade à garder le lit.

Mariée à 19 ans ; pas d'enfants, ni de fausses couches ; après le mariage, les règles ont toujours été aussi irrégulières, fréquentes et abondantes qu'avant ; elles sont maintenant précédées d'une exacerbation des douleurs de reins et de pesanteur dans le bas-ventre.

Appétit bon ; digestions difficiles (gonflement d'estomac, chaleur à la figure, envie de dormir après les repas).

Constipation habituelle ; miction fréquente ; urines chargées.

Diathèse herpétique bien marquée. (Pellicules dans les cheveux ; éruptions dartreuses sur diverses parties du corps, etc.).

Insomnies, agitation nerveuse, névralgie occipitale, bouffées de chaleur, transpiration ; perte de mémoire surtout depuis un ans.

Depuis 10 ans, Madame X a été traitée à diverses reprises par différents médecins ; tantôt par des moyens mécaniques, pour des déviations ; tantôt pour d'autres troubles du côté de la matrice. Aujourd'hui, elle réclame nos soins, à cause de ses pertes et de ses malaises.

Toucher.— Col petit, dur, orifice étroit, et en position normale.

Cul-de-sac gauche douloureux et bridé. (Pelvi-péritonite, il y a 5 ans, à la suite d'une injection intra-utérine). Cul-de-sac droit normal. Le corps est en rétroflexion peu accentuée.

Spéculum.— Col violacé, petit et sans ulcération.

Cathétérisme.— La cavité dépasse un peu la longueur normale. Confirmation de la rétroflexion. L'introduction de la sonde fait sourdre quelques gouttes de sang.

Diagnostic.— Endométrite hémorrhagique.

Traitement suivi :

Bains sulfureux, granules d'arséniate de fer, pilules d'extrait de belladone et podophyllin.

Frictions chloroformées sur les reins. Pansements glycérinés et injections intra-utérines à l'aide de l'acide picrique, deux fois par semaine.

Sous l'influence de ce traitement, les pertes ont été diminuées et ont eu une tendance à ne reparaître que tous les mois. Mais alors les malaises ont augmenté. Les maux de tête, les fatigues, les transpirations et les névralgies paraissent plus intenses quand la malade éprouve des retards.

En somme, cette malade est herpétique ; elle est atteinte de névralgie lombo-abdominale, de sténose du canal cervical et de rétroflexion.

Des métrorrhagies sont la conséquence de cet état ; la dyspepsie, une congestion du foie contribuent à entretenir les hémorrhagies.

Quelles sont les indications à remplir simultanément ?

1° *Combattre l'état herpétique* à l'aide des arsénicaux et des iodures, en adjoignant le fer à ces moyens, si l'état d'aglobulie l'exige ; (iodure de fer, arseniate de fer.)

Bains de Barèges ou Bains au sel de Pennès.

2° *Combattre l'état dyspeptique et la congestion du foie*, avec les amers toniques et les eupeptiques, c'est-à-dire les gouttes amè res de Baumé (deux gouttes avant le repas), la pepsine, la diastase et la pancréatine.

Employer les eaux légèrement alcalines d'Evian, Vichy (Mesdames). Pougues, qu'on remplacera plus tard par les Eaux arsenicales de Royat ou La Bourboule. Podophyllin et calomel. Ne pas employer la rhubarbe qui est métrorrhagique.

3° *Traiter la névralgie lombo-abdominale* à l'aide des frictions sédatives chloroformées dont voici la formule :

Chloroforme	15	gr.
Ether	15	
Alcool camphré	90	

ou bien à l'aide d'applications de pointes de feu très fines, de 6) à 300 chaque fois, tous les six jours.

4° Faire la dilatation du canal cervical, à l'aide de petites éponges préparées *dans le but de faire tomber le spasme du mésoarium et du mésométrium auquel est dû le phénomène de la congestion hémorrhagipare* et pratiquer après chaque dilatation un pansement glycériné.

Ces dilatations doivent être faites tous les cinq à six jours.

5° La rétroflexion se compliquant habituellement de rétroversion, il y a intérêt à rétablir la situation normale de la matrice, s'il n'existe pas d'adhérences, en faisant prendre à la malade la position genupectorale et profitant de cette position pour déplisser le vagin et ramener l'utérus en avant grâce à la pression atmosphérique.

6° Enfin, lorsque les pertes auront cessé, pratiquer une opéra-

tion d'ignipuncture profonde à flèches nombreuses, d'après les principes que nous avons énoncés dans nos leçons cliniques, dans le but de modifier la vitalité de l'utérus, de diminuer le volume de cet organe, d'atténuer, voire même de guérir la rétroflexion. J. C.

KYSTE UNILOCULAIRE DE L'OVAIRE GAUCHE

OVARIOTOMIE. — VOMISSEMENTS REBELLES PENDANT 12 JOURS.— GUÉRISON.

Par le docteur VALERANI FLAVIO.

Voici les points principaux de cette intéressante histoire clinique: Une paysanne de 62 ans, de constitution médiocre, menstruée pour la première fois à 14 ans, le fut régulièrement jusque vers la fin de sa 43me année ; a été mariée à 20 ans, a eu une fausse couche et une autre grossesse qu'elle a menée à terme. Il y a un an, elle a commencé à éprouver un sentiment de pesanteur dans les lombes, ainsi qu'une légère douleur dans la région abdominale. Au premier examen, la malade se plaint d'une tuméfaction à la partie inférieure du ventre, plus particulièrement à droite ; le volume de la tumeur, au dire de la malade, qui ne se rappelle pas à quelle époque elle était de la grosseur du poing, est resté stationnaire pendant quelques mois. Vers les derniers jours de septembre, la malade se réfugia dans le service de chirurgie du docteur Valerani ; l'abdomen présentait le volume d'une grossesse à terme; à cause de cela, la tumeur n'est pas également répartie, mais elle est plus prononcée dans le quart inférieur droit, quoique s'étendant du côté gauche, et au-dessus de la ligne ombilicale; la percussion dénote une matite complète dans tout le quart droit sous-ombilical ; la matité s'avance aussi vers la moitié du quart gauche et à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. La tumeur palpée entre les mains se présente unie ; elle a une forme rondelette, et est douée d'une certaine mobilité ; il n'est pas possible de sentir la fluctuation. L'opération proposée à cette malade fut acceptée par elle. On la fixa et elle eut lieu le 3 octobre. L'opération dura en tout une demi-heure et fut assez bien supportée par la malade. Nous n'entrerons pas dans les détails de

l'opération; elle fut pratiquée avec beaucoup d'habileté par le docteur Valerani; seulement, nous croyons qu'il ne faut pas omettre de faire remarquer que les précautions antiseptiques ont été rigoureusement observées, suivant la méthode de Lister. Nous devons signaler un symptôme morbide de beaucoup d'importance, c'est-à-dire l'apparition de quelques accès de vomissements qui se manifestèrent vers la fin de l'opération, et qui allèrent ensuite en augmentant plus tard, quand la malade fut transportée dans son lit.

Dans la journée du 4 octobre, il lui fut impossible de prendre même un peu de bouillon, en raison des vomissements qui se continuèrent les jours suivants,malgré les moyens employés pour les combattre; le 6 octobre, la violence des vomissements devient inquiétante, et le 7 octobre les derniers se produisirent sans discontinuer. Les jours suivants, les vomissements ne semblaient pas devoir diminuer, l'ingestion d'une gorgée d'eau suffisant à les provoquer. Tous les remèdes le plus ordinairement conseillés contre le vomissement furent inutilement mis en usage; le bicarbonate de soude, l'éther à l'intérieur et en injections hypodermiques, les lavements laudanisés, le bromure de potassium; on fit ensuite largement usage des médicaments antihelminthiques, dans la prévision que là était la cause de la maladie, mais tout cela sans résultat; on eut ensuite recours à la pompe stomacale, dans la crainte d'un exsudat liquide de la cavité péritonéale, si la blessure abdominale autrefois entièrement fermée venait à se rouvrir, dans l'intention d'y placer un tube de drainage. Mais comme on devait bien le prévoir, on ne trouva aucune goutte de liquide dans la cavité du péritoine. Sur la petite plaie de la nouvelle fermeture, on employa la médication antiseptique. Quelques efforts de vomissements se montrèrent à de courts intervalles, se reproduisant ainsi jusqu'à la fin du deuxième jour après l'opération; finalement, le 14 octobre, onze jours après l'opération, le cas commença à tourner au mieux; la malade put tolérer quelques cuillerées de Brodo et autres aliments légers sans être incommodée davantage par les vomissements; le jour suivant les vomissements cessèrent complètement, et ils n'ont plus reparu depuis.

Je n'ai jamais rencontré, dit Valerani, en parcourant l'histoire clinique de tant d'ovariotomies que j'ai publiée, un autre cas dans lequel le vomissement ait duré avec tant d'obstination et si longtemps ; se montrant rebelle à tous les agents thérapeutiques, pour cesser ensuite presque à l'improviste au moment où on considérait la malade comme irrévocablement perdue. J'écarte la péritonite comme cause de ce vomissement ; et comment admettre l'existence d'une aussi grave affection sans douleur de ventre, sans météorisme et avec une température de 37°.

Un de mes bons amis, le professeur S. Fubini, de Palerme, qui a vu mon opérée, quand elle se trouvait au plus fort du danger, exclut tout à fait l'idée d'une péritonite, et considère simplement le vomissement comme l'effet d'une action réflexe. Mais quelle pouvait en être l'origine ?

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

—

ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

TRAITEMENT DE LA CYSTOCÈLE VAGINALE.

M. Delthil (de Nogent) communique deux cas de cystocèle vaginale traitée et guérie en un mois et demi par l'emploi simultané de la sonde de Sims à double courant, et d'un ballon à air dans le vagin.

Les moyens palliatifs employés jusqu'ici n'ont jamais donné d'excellents résultats, et les opérations chirurgicales exposent à bien des dangers.

Pour l'auteur, il y a deux conditions à remplir : 1° Soutenir le bas-fond de la vessie ; 2° maintenir cet organe constamment vide pendant la durée du traitement et, par suite, amener sa rétraction. Dans tous les cas, le traumatisme chirurgical doit être subordonné à la nécessité absolue.

M. Delore (de Lyon).— On sait combien sont nombreux les traitements de la cystocèle vaginale. Je citerai surtout le pro-

cédé de Valette (de Lyon), qui s'attachait surtout à réduire le prolapsus utérin qui accompagne si souvent la cystocèle, par la cautérisation profonde avec des lamelles de pâte de Canquoin ; et le procédé de M. Le Fort, qui suture la paroi antérieure à la paroi postérieure du vagin.

Pour moi, je combine la cautérisation au fer rouge des culs-de-sacs antérieur et postérieur du vagin, avec la sonde à demeure dans la vessie. Je maintiens en même temps la malade au repos. Cette méthode m'a donné des résultats merveilleux, par la rétraction considérable des organes herniés. L'infirmité s'atténue ou même disparaît entièrement.

M. Nicaise.— M. Delthil me paraît avoir, par son procédé, agi plutôt sur la cystite, qui complique la cystocèle vaginale, que sur la cystocèle elle-même, qui est une affection bénigne.

M. Delthil. — Je considère, au contraire, cette affection comme grave, en raison de la stagnation et de la fermentation ammoniacale de l'urine dans le diverticulum de la vessie constitué par son bas-fond, et qui amènent l'amaigrissement, la teinte jaune des malades. Aussi, à peine l'écoulement régulier des urines s'était-il établi, que ma malade commençait à engraisser.

D'ailleurs, la guérison peut être obtenue sans opération, ce qui me semble capital au point de vue du pronostic.

(*Semaine Médicale.*)

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

HYSTÉROTOMIE ET OVARIOTOMIE INCOMPLÈTES.

M. Terrier communique l'observation d'une malade qui lui fut adressée par M. Desprès et qui portait plusieurs tumeurs dans l'abdomen, faciles à diagnostiquer. Il y avait à droite une tumeur assez grosse, isolée, qui semblait être l'ovaire kystique; à gauche, une tumeur allongée constituée manifestement par l'utérus très augmenté de volume ; sur cet utérus s'implantaient deux petites tumeurs dures, deux fibromes pédiculisés, dont l'un assez mobile, offrait un point d'attache assez lâche.

M. Terrier fit l'ouverture du ventre, pédiculisa les deux tumeurs et en fit l'ablation. Il constata que le kyste de l'ovaire

situé du côté droit de l'abdomen était adhérent dans toute son étendue et on ne pouvait songer à en pratiquer l'extirpation ; une ponction en fit sortir un litre et demi de pus et fit reconnaître l'existence d'un kyste dermoïde.

Il pratiqua alors l'ouverture large du kyste ; cette ouverture fut fixée par quelques points de suture dans la partie inférieure de la plaie abdominale, un gros tube de caoutchouc fut placé dans la cavité du kyste. La guérison s'obtint d'une façon satisfaisante, et l'utérus hyperthrophié fut réduit à son volume normal.

M. Polaillon a pratiqué une opération semblable : la guérison eut lieu et l'utérus est revenu à son état normal.

(*Paris Médical.*)

INVERSION COMPLÈTE DE L'UTÉRUS.

M. Polaillon présente un énorme polype qui avait déterminé une inversion complète de l'utérus.

Je n'ai pu avoir de renseignements à cause de l'état mental de cette femme.

Je n'eus pas de peine à diagnostiquer un polype s'insérant au fond de l'utérus et ayant déterminé une inversion complète. Ce polype pendait entre les cuisses de la malade et exhalait une odeur insupportable.

Je fis la section du pédicule avec le thermo-cautère, regardant bien pour voir quand j'ouvrirais le péritoine, ne me préoccupant pas, du reste, outre mesure de l'ouverture de la séreuse.

Quand le péritoine fut ouvert, je plaçai le serre-nœud de M. Périer pour obturer l'ouverture et accoler les deux parois opposées du péritoine.

La malade va très bien. Elle a été opérée il y a six jours.

(*France médicale.*)

SÉANCE DU 1er OCTOBRE 1884. — *Présidence de* M. GUÉNIOT.

OVARIOTOMIE. — M. TERRILLON fait connaître les résultats des ovariotomies qu'il a pratiquées. Sur trente-trois opérations d'ovariotomie, il a obtenu vingt-neuf guérisons et quatre morts. On peut donc en France aussi, obtenir de bons résultats de l'ovariotomie. En général, il y avait eu une ou plusieurs ponctions avant l'opération. M. Terrillon en fait souvent une lui-même quelques jours avant. Il a toujours eu recours à l'antisepsie la plus minutieuse. Sur ces 33 cas, il a rencontré 30 kystes multiloculaires, 2 paraovariens, 1 dermoïde. Dans 11 cas, il n'y avait pas ou peu d'adhérences ; 14 fois il a rencontré des adhérences résistantes, ayant exigé une dissection minutieuse, 18 fois il a trouvé la tumeur infiltrée dans les feuillets du ligament large. Dans 4 cas, il a dû faire une opération incomplète.

Avant l'opération, on ne peut avoir que des présomptions relativement aux adhérences. La péritonite latente a une grande importance en ce sens qu'elle peut être réveillée par l'opération. Les signes de cette péritonite latente sont une exacerbation de la température le soir, une élévation de la température locale, enfin une douleur localisée.

M. Terrillon a toujours fait un pédicule perdu ; il lie ce pédicule avec la soie phéniquée. Les ligatures artérielles et autres sont faites avec du catgut. Il n'a pas recours au drainage, à moins d'opération incomplète. La durée des opérations a été de vingt-cinq minutes à une heure et quart et plus. Cette durée ne paraît pas d'ailleurs avoir une importance capitale. L'étendue des adhérences est bien autrement importante.

Après l'opération, il a souvent constaté, au début, des accidents redoutables en apparence, vomissements, température élevée, etc. Mais tous ces accidents peuvent céder après quelques jours.

Les quatre cas suivis de mort sont les suivants : dans le premier, il s'agissait de deux kystes multiloculaires, l'un infiltré dans le ligament large, l'autre adhérent à la vessie ; opération incomplète, drainage par le vagin, mort par péritonite purulente (perforation de la paroi kystique). Dans le second cas, af-

faiblissement, fièvre avec exacerbations, mort par épuisement le troisième jour ; opération d'ailleurs très laborieuse ; traces douteuses de péritonite. Troisième cas : mort de péritonite le troisième jour, ballonnement tel du ventre que la suture a cédé ; adhérences étendues, résistantes ; fièvre déjà avant l'opération ; mort par péritonite.

M. Terrillon a souvent constaté de petits abcès de la paroi abdominale au niveau de la suture. Une seule fois il y eut éventration. Dans un cas, il a vu une masse sarcomateuse se développer dans la cicatrice un an après l'opération. Le kyste n'avait eu aucun caractère spécial. Ces sortes de cas ne sont pas très rares.

M. Terrillon termine sa communication par des réflexions dont voici le résumé : Les contre-indications de l'ovariotomie deviennent de plus en plus rares. Les adhérences elles-mêmes très étendues n'en sont pas. Les opérations incomplètes permettent la guérison ou tout au moins la prolongation de l'existence.

M. Després, à l'occasion des faits cités par M. Terrillon, rappelle que la malade à laquelle il a fait une ponction suivie d'une injection iodée est restée guérie depuis deux ans et demi.

M. Terrier fait quelques remarques relativement aux adhérences : M. Terrillon semble admettre que l'exacerbation de la température, le soir, est un signe d'adhérences ; M. Terrier n'est pas édifié sur ce point. Il croit qu'on a d'autant plus de chances de rencontrer des adhérences que le kyste est plus ancien et qu'il date par exemple de deux ou trois ans. L'élévation de la température indiquerait plutôt une suppuration dans l'intérieur même du kyste.

Quant aux petits abcès survenant au niveau de la suture sur la paroi, M. Terrier croit qu'ils tiennent à ce qu'on laisse les fils d'argent trop longtemps, plus de six ou huit jours, par exemple. Il a pris l'habitude de les retirer le quatrième jour, et depuis ce temps il n'observe plus l'apparition de ces abcès.

Contrairement à M. Terrillon, M. Terrier pense que la durée de l'opération exerce une influence réelle sur le pronostic opératoire. L'élévation de la température, à la suite de l'opération, n'est pas, selon lui, d'une grande importance. Cette élévation s'observe habituellement dans les cas où l'opération a nécessité

de grands délabrements ; quand elle cesse après quarante huit heures, il y a lieu de ne pas s'en inquiéter. La péritonite qui enlève nos opérées d'ovariotomie, n'entraîne pas toujours une température très élevée et suit plutôt la marche insidieuse de la fièvre traumatique que celle de la péritonite franche.

L'ascite constatée pendant le cours de l'opération est le plus souvent un accident péritonique ; c'est une ascite sirupeuse, visqueuse, sanguinolente, d'origine inflammatoire. Quand on la rencontre, on a presque toujours des accidents consécutifs très sérieux.

La récidive cancéreuse signalée par M. Terrillon est un fait très rare. Sur quatre-vingt-douze ovariotomies qu'il a pratiquées, M. Terrier ne l'a jamais constatée.

En somme, les résultats obtenus par M. Terrillon concordent avec ceux de M. Terrier ; ils peuvent se résumer en ces deux mots : gravité, au point de vue de l'opération, des kystes multiloculaires, bénignité des kystes simples uniloculaires.

M. Lucas-Championnière a interrogé les plus célèbres ovariotomistes, en particulier Spencer Wells, Kiew, relativement au diagnostic des adhérences. Tous s'accordent à reconnaître que c'est là un diagnostic très sujet à caution, pour ne pas dire impossible. Quand il y a eu des douleurs vives avec des vomissements, on pense qu'il y a eu des poussées de pelvi-péritonite avec des adhérences consécutives. Les adhérences ne sont nullement en rapport avec ces douleurs. M. Lucas-Championnière cite l'exemple d'une malade qui avait eu une pelvi-péritonite post-puerpérale. Comme elle eut ensuite un kyste ovarique, il l'opéra et ne trouva pas du tout d'adhérences. Réciproquement on voit des femmes qui n'ont jamais eu de douleurs et chez lesquelles on rencontre des adhérences. La durée de la maladie peut exercer une certaine influence sur la production des adhérences ; mais M. Lucas-Championnière pense qu'elles tiennent plutôt à la nature du kyste.

Quant aux abcès de la paroi, au niveau de la suture, M. Lucas-Championnière pense que le meilleur moyen de les éviter est non pas d'avancer l'ablation des fils, mais bien d'augmenter la somme des précautions antiseptiques.

M. Tillaux pense, comme ses collègues, qu'il est impossible de dire d'avance s'il y a ou non des adhérences. On ne peut s'en

rapporter aux douleurs. M. Tillaux rappelle l'observation d'une jeune fille qui a été opérée par M. Le Fort; cette jeune fille avait tellement souffert depuis un an qu'aucun chirurgien n'avait voulu l'opérer; M. Le Fort s'y décida; il ne rencontra pas trace d'adhérences; mais il y avait une inflammation de la paroi interne du kyste. M. Tillaux a également opéré une jeune fille de Caen; on lui avait fait, dans cette ville, une ponction suivie d'une injection iodée; il y eut ensuite des souffrances qui firent croire à une péritonite; M. Tillaux l'opéra, ne rencontra pas d'adhérences, et la malade a très bien guéri. Il y avait, de même que dans le cas de M. Le Fort, une inflammation de la paroi interne du kyste. D'ailleurs, la péritonite localisée n'est pas une contre-indication à l'ovariotomie. L'année dernière, M. Tillaux a opéré une malade en pleine péritonite suraiguë suppurée; cette malade a très bien guéri.

M. Tillaux a vu, comme ses collègues, de petits abcès sur la suture, il a même vu un véritable phlegmon. Il se demande si l'habitude qu'ont certains chirurgiens et qu'il a eue lui-même de saisir le péritoine entre les mors d'une pince hémostatique pour faciliter le passage de l'aiguille dans la suture, n'est pas pour quelque chose dans la production de ces abcès. Toujours est-il qu'il en obtient beaucoup moins depuis qu'il a renoncé à cette petite manœuvre.

M. Lucas-Championnière cite, à cette occasion, le fait suivant: s'étant aperçu qu'un aide qui lui passait les fils les tenait dans sa bouche, il lui en fit l'observation. Mais deux de ces fils avaient déjà été passés. Ces deux fils seuls ont donné lieu à des abcès.

M. Le Dentu dit que la présence de douleurs chez les malades atteintes de kystes est plutôt une raison de penser qu'il n'y a pas d'adhérences, mais des complications inflammatoires du kyste lui-même. Il a vu à Saint-Antoine, une femme qui avait eu des douleurs atroces, de véritables coliques kystiques; cette malade fut opérée, il n'y eut pas d'adhérences. Ces douleurs tenaient à des poussées congestives du kyste lui-même.

M. Terrier fait observer que les douleurs peuvent tenir au volume de la tumeur. Il y a des malades hystériques avec des kystes de très petit volume qui souffrent beaucoup; il y en a d'autres qui ont de véritables poussées inflammatoires; dans ces

cas, les douleurs sont localisées. Enfin, les douleurs sont habituellement très vives dans les kystes du ligament large. Les éléments de la douleur sont donc très variables.

M. Terrillon se défend d'avoir parlé du diagnostic des adhérences ; il a dit qu'on pouvait seulement avoir des présomptions. Qnand la douleur est localisée dans l'abdomen et s'accompagne d'une élévation de la température locale et d'une poussée de fièvre le soir, il y a lieu de supposer l'existence d'une péritonite toute récente.

Relativement aux abcès de la paroi, M. Terrillon déclare avoir pris les plus grandes précautions de propreté et, malgré cela, avoir vu se produire ces abcès.

La récidive cancéreuse sur laquelle il a appelé l'attention de la Société est plus fréquente que semble le croire M. Terrier ; il suffit, pour s'en convaincre, de parcourir les statistiques des ovariotomistes, celles de Spencer Wells, de Péan, etc.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

REVUE DE LA PRESSE

—

DE LA PONCTION DES KYSTES DE L'OVAIRE ; CURE DÉFINITIVE ; KYSTES PARAOVARIENS.

C'est une question tellement controversée aujourd'hui que la ponction des kystes de l'ovaire qu'il est intéressant de la discuter ici ; deux faits récents envoyés par d'honorables confrères nous y engagent encore. Il y a peu d'années tous les kystes de l'ovaire présentant un certain volume étaient ponctionnés sans hésitation. On attendait peu de la ponction qu'on ne pratiquait que comme une opération palliative. Cependant on savait très bien que chez certaines malades la poche kystique était si longue à se remplir que cela équivalait presque à une guérison et même que dans des cas très exceptionnels il s'en suivait une guérison définitive.

La ponction suivie d'injection iodée ne s'est jamais généralisée dans la pratique ; préconisée par quelques-uns, elle a toujours paru à la

plupart des chirurgiens de médiocre ressource, tout en étant d'une certaine gravité.

Puis l'ovariotomie a pris son rang et dès lors la ponction a été considérée d'une toute autre façon. Les uns l'ont jugée comme inutile et dangereuse, presque criminelle, parce qu'elle ne sert de rien et nuit à l'ovariotomie ; d'autres, au contraire, ont pensé qu'elle devait toujours précéder l'ovariotomie ; d'autres, prenant un terme moyen, pensent qu'il y a bon nombre de kystes qui peuvent être opérés sans ponction préalable, mais que pour quelques-uns cette ponction est indispensable.

Il nous paraît certain que lorsqu'il s'agit de kystes multiloculaires, modérément développés, l'ablation pourra être pratiquée d'emblée avec avantage.

Lorsque le diagnostic est imparfait on peut avoir recours à la ponction. Lorsque le ventre est distendu, la respiration gênée, les jambes enflées, il y a souvent avantage à faire la ponction qui soulage la femme et la met en meilleure situation pour supporter l'opération.

Enfin pour les kystes uniloculaires, grands ou petits, on peut courir la chance d'une guérison par la ponction.

Quels sont les inconvénients de la ponction pour qu'on l'ait rejetée? Tout d'abord il y a une sorte d'inconvénient moral en ce que la malade, soulagée par la ponction, se trompant sur la valeur définitive de cette petite opération, hésite alors, recule l'ovariotomie, s'affaiblit, et l'opération, trop retardée, est faite dans de mauvaises conditions au lieu des excellentes conditions du début. Cette considération vaut la peine qu'on s'y arrête, d'autant plus qu'on a déjà beaucoup trop de tendances à retarder cette opération.

Mais surtout la ponction n'est pas innocente, ou du moins elle s'est montrée souvent meurtrière ; cela tient peut-être à la nature même de la ponction qui peut léser des vaisseaux, verser dans le péritoine du liquide kystique. Mais cela tient plus probablement à ce que la ponction est communément pratiquée sans précaution, souvent on emploie un trocart trop gros. Avec l'aspiration il est facile de se contenter d'un trocart de petit calibre.

Surtout il arrive souvent que le trocart soit malpropre, poinçon et canule. J'ai assisté autrefois à des accidents qui certainement avaient cette origine, aussi non seulement je lave le trocart avec de l'eau phéniquée au 20e, mais par surcroît je passe le poinçon dans la flamme d'une lampe à alcool, et si je suspecte la canule je la fais passer à l'eau

bouillante. Puis, comme la malade et tout ce qui la touche sont de propreté suspecte je lave la place à ponctiònner avec l'eau phéniquée forte, et je laisse un linge imprégné de cette eau sur ce point.

Je ne graisse pas le trocart, je le mouille avec l'eau phéniquée. Si je jugeais absolument nécessaire de l'enduire d'un corps gras, je l'emploierais antiseptique comme l'huile phéniquée par exemple. En un mot, j'environne cette petite opération de précautions antiseptiques simples mais efficaces ; depuis que j'ai agi ainsi, je n'ai jamais vu d'accidents de la ponction, aussi je redoute beaucoup moins d'y avoir recours.

En ce qui concerne la formation d'adhérences provoquées par la ponction, cette formation est fort rare et d'ordinaire réduite à des adhérences peu solides, qui, situées à la région antérieure, ont peu d'inconvénients.

La ponction susceptible de donner des renseignements, de soulager la femme et d'améliorer son état général pourra donc être faite dans un bon nombre de cas et nous avons vu avec plaisir, dans la préface d'une traduction récente du livre de Spencer Wells, M. Duplay faire remarquer en l'approuvant que M. Spencer Wells, loin de rejeter toujours la ponction préalable, la pratiquait volontiers.

Mais est-il permis de penser que la ponction guérira seule ? On aurait tort de ne pas le prévoir, c'est un fait rare, mais qui n'est pas inconnu.

Dans ces dernières années plusieurs travaux ont fait connaître certains kystes du ligament large nés en dehors de l'ovaire, aux dépens de l'organe de Rosenmuller, kystes ordinairement uniloculaires, dont le contenu est clair comme de l'eau de roche, non filant et privé d'albumine, et qui se guérissent par la simple ponction ou des ponctions répétées.

Dans un travail publié dans les *Archives de médccine*, oct. 1882, le professeur Duplay affirme la curabilité de ces kystes par la seule ponction et donne les moyens de les reconnaître. Malheureusement la lecture de ce travail n'est pas faite pour persuader, car il classe sous le nom de kystes para-ovariens des kystes qui ne paraissent guère mériter ce nom, qui ne diffèrent en rien des grandes poches kystiques de l'ovaire ; et, d'autre part, il indique comme guéries par la ponction simple des malades qui n'ont été revues qu'au bout de deux mois, un mois et demi, un mois et même 26 jours, temps absolument insuffisant pour affirmer la non-récidive.

Or il est certain, pour ceux qui ont pas mal ponctionné de kystes de l'ovaire, que quelques kystes ne se reproduisent pas vite après la ponction, que quelques-uns paraissent guéris un certain temps, et enfin que certains ont paru avoir une guérison définitive. Mais dans les kystes multiloculaires il arrive que la poche ponctionnée ne se remplit plus et que la tumeur ne se développe qu'aux dépens d'une poche voisine.

Voici, par exemple, une observation que notre confrère le docteur Grellot de Giromagny nous adresse sous le titre de kyste para-ovarique guéri par la ponction simple. Le professeur Duplay a considéré l'observation comme appartenant à cette variété de kystes.

Observation. Le huit mai mil huit cent quatre-vingt-deux, je fus appelé au village de X. à l'effet de donner mes soins à Mlle.... qui, au dire de sa mère, ne pouvait plus marcher, tellement elle était gonflée (*sic*).

Mlle.... a vingt ans, elle a toujours eu une bonne santé, sans être pour cela d'un constitution robuste. Son travail consiste à être toujours assise et penchée sur son métier (métier à faire des bas), elle a toujours été bien réglée, depuis l'âge de dix-huit ans et ce n'est que depuis qu'elle a commencé à grossir, dans le courant de février 1882, qu'elle a vu ses règles se supprimer. L'état général a peu souffert, je constate seulement un léger amaigrissement. Le ventre est arrondi, tout à fait tendu, et présente de la matité du côté gauche.

La fluctuation est assez difficile à percevoir. Les membres inférieurs ne présentent aucune trace d'œdème. A l'examen stéthoscopique je ne trouve rien d'anormal du côté des poumons ni du côté du cœur. Au toucher rectal rien d'anormal non plus.

Au toucher vaginal, je constate que l'utérus a subi un léger déplacement, le col est notablement remonté en avant, le corps étant porté vers la concavité sacrée. Devant cet ensemble de symptômes, je crus avoir affaire à un kyste para-ovarique et je proposai à la famille de ponctionner cette jeune fille, ce qui fut accepté.

Je pratiquai donc, le 12 mai, la ponction du côté gauche et j'en retirai seize litres d'un liquide transparent et olivâtre. Je conseillai quelques jours de repos à la jeune fille et lui prescrivis un traitement reconstituant.

Depuis, je revis à différentes reprises mon intéressante malade qui me manifesta chaque fois sa satisfaction d'être débarrassée de sa tumeur. Six semaines après l'opération, les règles réapparurent, le

ventre reprit sa souplesse et ses dimensions normales, et maintenant, après 6 mois, la jeune fille se porte on ne peut mieux.

Le docteur Suret, médecin principal en retraite à Alger, nous a aussi, depuis peu, adressé la très intéressante observation suivante :

Une dame V. habitait Alger en 1877. Depuis quelque temps, cette dame, d'une taille élevée, fort belle d'ailleurs et encore jeune, s'apercevait que son ventre prenait des proportions insolites ; et elle savait pertinemment n'être pas en état de gestation. Elle n'avait jamais eu d'enfant, bien qu'elle en désirât, et qu'elle fût mariée depuis plus de dix ans. A l'examen, je reconnus sans peine un kyste de l'ovaire. Je lui déclarai nettement ce que j'avais découvert, et ma conclusion fut qu'elle ne pouvait se guérir que par une intervention chirurgicale ; qu'il fallait, ou ponctionner cette tumeur pour la vider, ou l'enlever complètement ; que cette dernière opération était radicale, mais qu'elle offrait des dangers sérieux ; que la ponction simple lui offrait une chance sur mille de guérison complète ; enfin qu'une ponction suivie d'injections médicamenteuses avait des chances de succès un peu plus nombreuses.

Mme V. opta pour la ponction simple, je demandai une consultation avec mon excellent confrère, le Dr Bruch, professeur de clinique externe à l'École d'Alger ; il reconnut le kyste, et fit la ponction. Nous retirâmes un peu plus de vingt litres d'un liquide chargé d'hématies, plutôt lie-de-vin que rouge. Le pansement consista en un petit linge enduit de collodion, une compresse épaisse et un bandage de corps médiocrement serré.

La malade commençait à peine à se lever, lorsque je dus quitter Alger.

Cinq ans après, au mois d'août dernier, passant par Paris, je suis allé voir cette dame qui y habite depuis quatre ans; je la trouvai aussi bien portante qu'avant le développement de son kyste, avec une taille aussi fine que par le passé.

Dr Suret,
Méd. principal en retraite.

Ce dernier cas est un fait incontestable de guérison par la ponction ; celui de M. Grellot est encore de date récente et en tout cas très favorable. Mais rien ne donne le droit de dire que ce sont des kystes para-ovariques. Ce sont des faits très exceptionnels de guérison par la ponction de grandes poches ovariques qui sont si rares, eu égard

à la fréquence des kystes de l'ovaire, qu'on aurait tort de compter sur eux. Ils justifient la ponction, et c'est tout.

Faut-il admettre enfin que les vrais kystes para-ovariens qui contiennent le liquide clair et sans albumine soient si faciles à guérir par la ponction ? Certainement la ponction doit toujours être faite, mais elle peut se montrer insuffisante. Pour ma part, j'ai deux fois fait l'ovariotomie pour des kystes para-ovariens avec ce liquide. Ils avaient récidivé assez lentement ; mais, contrairement aux malades de M. Duplay, les miennes avaient eu des phénomènes douloureux très marqués qui ont disparu depuis l'opération ; dans les deux cas les ovaires ont été enlevés aussi ; dans le premier cas, l'ovaire était couvert de varices, dans le second, il contenait de petits kystes ; dans ces cas, l'ovariotomie ne pouvait donner aucun regret.

En manière de conclusion, disons que s'il est indiqué d'opérer le plut tôt possible les kystes de l'ovaire, il ne faut pas, pour cela, proscrire la ponction qu'il vaut mieux faire que laisser un ventre se distendre outre mesure. Mais sous peine de la voir presque aussi grave que l'ovariotomie, il faut renoncer à la faire sans précautions. Il y a aussi avantage, dans l'intérêt des opérations futures, toutes les fois qu'il n'y a pas d'indication spéciale, de la faire sur la ligne médiane.

Autant que possible il faut bien se garder de la répéter un grand nombre de fois avant l'ovariotomie, ce serait à plaisir diminuer les chances de celle-ci. On ne saurait trop recommander, dans l'état actuel de la chirurgie, de surveiller le développement premier de ces tumeurs et d'opérer de bonne heure.

J. L.-C.

(*Journal de medecine et de chirurgie pratiques.*)

DE QUELQUES FORMES CLINIQUES DE LA BLENNORRHAGIE CHEZ LA FEMME,

Par M. Hamonic, interne des hôpitaux.

Pour cet auteur la blennorrhagie, après avoir parcouru toute la muqueuse vagino-uréthrale, viendrait se choisir une retraite dans les glandes de Bartholin, et resterait là, conservant indéfiniment son caractère virulent et contagieux, caractère prêt à se réveiller aux premiers excès. C'est ce que M. Hamonic décrit sous le nom de *bartholinite chronique*. Les deux glandes peuvent être atteintes, mais à des degrés différents. Voici quels sont les caractères cliniques de l'affection. Petite

tumeur dure, rénitente, mobile, peu douloureuse, siégeant au lieu de la glande de Bartholin, laissant suinter à la pression une gouttelette de pus blanchâtre au niveau de son orifice excréteur. L'inflammation chronique peut être localisée dans le conduit ou bien elle gagne la glande tout entière. Nous avons dit que les excès de coït ou de boisson peuvent ramener l'inflammation. Ils déterminent même souvent de la suppuration périglandulaire, de la péribartholinite comme dit M. Hamonic.

La blennorrhagie chronique également se localise quelquefois aux glandes situées autour du méat, et, dans ce cas, l'on a une *folliculite blennorrhagique périuréthrale* qui peut être *simple*, *hypertrophique*, *suppurée*.

Dans la *folliculite simple*, on constate, autour du méat, des petites saillies mamelonnées, rouges, plus nombreuses latéralement que sur la ligne médiane.

La *folliculite hypertrophique* consiste dans le développement exagéré de ces petits mamelons qui revêtent l'aspect de polypes indolents.

Enfin, dans la *folliculite suppurée* les petites saillies font abcès et présentent parfois des poussées excessives s'accusant par des démangeaisons, des cuissons, des érections fréquentes. Cette dernière forme est contagieuse au plus haut point. Quant aux autres, comme la bartholinite, elles le deviennent sous l'influence des excès de toute nature.

Ces inflammations localisées, dit M. Hamonic, s'observent dans la période chronique de la blennorrhagie et siègent dans les glandes que renferme la muqueuse vulvaire. Quand elles sont guéries, on voit un semis de petits points grisâtres.

L'auteur conseille, enfin, de les attaquer avec des cautérisations sérieuses au nitrate d'argent. Que si la bartholinite menace de passer à l'état chronique, l'on peut et l'on doit, dit-il, pratiquer l'incision de la glande.

Est-il appelé à trancher définitivement la question et à faire rejeter enfin comme une hérésie pathologique l'idée d'une blennorrhagie développée en dehors de toute contagion ? Nous ne le pensons pas. Pour notre part, nous considérons même que dans des questions où l'honneur et l'intérêt de tant de personnes peuvent être à un moment engagés l'on ne saurait apporter trop de réserves dans les conclusions que l'on pose. (*Revue médicale.*)

KYSTE DU VAGIN. — RUPTURE SPONTANÉE AU 7e MOIS D'UNE GROSSESSE. PAS D'ACCIDENTS.

Mme X..., âgée de 32 ans, d'une robuste santé, a eu, à trois ans d'intervalle, deux grossesses sans accidents ; elle vient me consulter, le 20 octobre 1878, pour un violent mal de dents, avec névralgie faciale, et m'apprend qu'elle est enceinte de trois mois environ. Malgré ses instances, je me refuse à lui extraire sa dent malade. Elle se rend le lendemain à Versailles, chez un dentiste qui la lui enlève, et deux jours après, je suis appelé en toute hâte auprès d'elle pour une perte considérable.

Je la trouvai inondée de sang. Bien que la fausse couche ne fût pas douteuse, je ne trouvai pas de traces du fœtus. Je ferai remarquer que cela arrive bien fréquemment.

Le doigt porté dans le cul-de-sac latéral droit du vagin rencontrait une saillie globuleuse lisse, manifestement fluctuante, du volume d'une petite pomme environ, dont les bords se confondaient avec les parois du vagin ; saillie absolument indolore, sans battements perceptibles, se laissant déprimer par la pression, donnant au doigt très exactement la sensation d'une poche des eaux sur le point de se rompre, n'augmentant, ni dans les efforts de toux, ni dans l'action de pousser de la malade. J'ai souvent constaté cette tumeur.

Dans le courant de décembre, 6 semaines plus tard, les époques reparurent.

Je procédai ensuite à un examen au spéculum, et reconnus à droite du col une tumeur tendue, lisse, transparente, rosée, dans les parois de laquelle serpentaient quelques veinules qui se confondaient avec les parois vaginales. Au toucher, j'eus la même sensation qu'à mon premier examen, et je constatai que cette tumeur n'avait ni augmenté ni diminué de volume. Elle n'occasionnait, du reste, aucun trouble chez la malade, qui fut très surprise quand je lui en appris l'existence.

Un an plus tard, cette tumeur n'avait pas changé et n'incommodait nullement.

Dans le courant de 1880, Mme X... m'écrivit qu'une nuit, se sentant inondée et craignant un accident (elle était alors enceinte de sept mois), elle fit venir un médecin à qui elle révéla l'existence de sa tumeur, et qui la rassura en reconnaissant que c'était cette poche kystique qui s'était probablement vidée sous l'influence de tiraille-

ments occasionnés sur elle par le développement de l'utérus gravide ; elle perdit environ un litre d'un liquide clair, absolument incolore, et au bout de 3 ou 4 jours tout écoulement avait cessé.

La grossesse continua son cours, et en janvier 1881 Mme X... accouchait à terme d'un enfant bien portant.

Dr J. MAGNIN (à Bougival).

(*Journal de Médecine et de Chirurgie pratique.*)

KYSTE ÉCHINOCOQUE DANS L'UTÉRUS GRAVIDE ; ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉE ; EMBRYOTOMIE

Par M. GÜNSBURG, de Charkow.

M. GÜNSBURG rapporte l'observation d'une femme qui vint le consulter pour la première fois au mois de février 1883. Depuis quelques mois, cette femme n'avait plus vu ses règles. Le côté gauche du foie, augmenté de volume, ne pouvait être délimité, par la palpation, d'une tumeur qui descendait jusque dans le bassin. Cette femme racontait en outre, que neuf années auparavant elle avait été souffrante de la poitrine, et que durant sa maladie elle avait rendu des vésicules et des membranes blanchâtres.

M. Günsburg perdit la malade de vue jusqu'au 19 juillet de l'année dernière. Ce jour-là, il fut appelé auprès de la malade qui était en train d'accoucher. Le travail avait commencé la veille et se trouvait arrêté par un obstacle qui n'était autre qu'une tumeur arrondie siégeant sur le segment inférieur de l'utérus. La tête du fœtus était engagée dans le détroit inférieur. Une application de forceps n'aboutit point. Il fallut procéder à l'embryotomie. Après l'accouchement, la femme présenta les signes d'une endométrite. Elle garda le lit pendant trois semaines, durant lesquelles elle eut plusieurs pertes de sang par les organes génitaux avec expulsion de membranes blanches et d'une vésicule grosse comme un œuf de poule. Quelques semaines plus tard, elle fut prise de dyspnée, et elle rendit en toussant quelques membranes blanches, vésiculeuses. Par la palpation, on constatait que le foie dépassait le rebord des fausses côtes de 11 centimètres ; sa surface était inégale. A trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic se trouvait une tumeur et une autre qui se continuait avec l'utérus augmenté de volume. Dans la fosse sous-épineuse droite, on percevait de la matité, avec affaiblissement du murmure vésiculaire. L'exa-

men histologique des membranes expectorées fournit la preuve qu'il s'agissait de vésicules hydatiques. Nul doute dès lors qu'on avait eu affaire à un kyste échinocoque de l'utérus, qui avait provoqué l'accouchement avant terme et qui avait agi comme cause de dystocie.

M. Günsburg rappelle que les kystes échinocoques de l'utérus sont extrêmement rares, et que Davaine n'en mentionne qu'un seul exemple dans sa statistique qui comprend 383 cas de kystes échinocoques à localisations très variées. En Russie, un compatriote de M. Günsburg, M. Brill, a également publié un fait du même genre. Le kyste échinocoque, qui était logé dans la paroi utérine, fut également une cause de dystocie.

M. Ricklin.

(*Gazette méd. de Paris.*)

RÉTROVERSION DE L'UTÉRUS GRAVIDE

Par William Bain, late senior Résident medical officer, St-Mary's Hospital, Manchester.

Aucun des divers placements de l'utérus, gravide ou non, n'excède en intérêt et en importance celui qui fait l'objet de ces remarques, soit qu'on en considère les causes ou les graves conséquences auxquelles il donne naissance. C'est incontestablement à William Hunter que revient le mérite de l'avoir le premier décrit dans ce pays. Mais, ce ne fut que lorsque sir James Simpson eut répandu les lumières de sa puissante intelligence sur cet intéressant sujet, qu'on y donna l'attention qu'elle réclame assurément.

C'est grâce à l'obligeance du Dr Cullingworth, que je puis publier l'observation d'un cas que j'ai eu l'occasion d'examiner.

A la suite d'une note urgente de l'assistant, je visitai Mme L..., âgée de 32 ans, chez elle, le 30 septembre 1882. Les personnes qui m'apportèrent la note m'apprirent qu'on avait dit que la patiente était avancée dans sa grossesse et qu'il y avait une tumeur dans le passage qu'il était nécessaire d'enlever pour que l'accouchement pût se terminer.

Antécédents.— La patiente jouit ordinairement d'une bonne santé. Les règles ne sont apparues qu'à 18 ans. Dernière menstruation en juin. Elle a eu deux enfants, pas de fausses couches. Les accouche-

ments ont été naturels. La convalescence fut longue après le premier, mais rapide après le second accouchement. Arrivée au troisième mois de sa seconde grossesse, elle eut tout d'abord une sensation de pesanteur et de temps à autre quelque chose apparut au dehors. Lorsque cela sortait hors de la vulve, ce qui arrivait lorsqu'elle restait longtemps penchée en avant, elle se couchait, ce qui invariablement amenait la réduction de la partie prolabée. Cela continua quelques semaines, puis la tumeur cessa de sortir et la patiente arriva à terme.

Etat actuel. — Depuis deux mois, elle est tourmentée par un abaissement. Il y a trois semaines, ayant travaillé tout le jour à laver dans une cuve, elle sentit que son abaissement s'était aggravé et ressentit des douleurs dans le bassin.

Elle se trouva très souffrante. Au milieu de la nuit, ne pouvant plus rester couchée, elle se leva et fut dans l'impossibilité d'uriner. Il n'y eut aucun développement appréciable de l'abdomen jusqu'au lendemain matin. Elle envoya chercher son médecin, son état devenant plus critique. La douleur au-dessus du pubis était constante et souvent violente. Elle urinait avec difficulté, souffrait d'insomnies, de perte d'appétit, parfois de diarrhée et trouvait que ses forces diminuaient progressivement. A l'examen, je trouvai la patiente tout à fait prostrée, le pouls rapide et faible, la température élevée et la langue chargée et tremblante ; elle se plaignait de douleurs dans le dos et la région hypogastrique. La diarrhée persistait depuis quelques jours. Elle rejetait chaque jour une grande quantité d'urine qui était ammoniacale et contenait du pus. L'abdomen était nettement développé. La matité et la percussion s'étendaient à deux pouces au-dessus de l'ombilic. Il y avait de la résonnance dans les flancs. La tumeur, distinctement fluctuante, ne tombait pas en avant. Les battements du cœur fœtal ne pouvaient pas être entendus et on n'arrivait pas à percevoir les mouvements fœtaux.

Par le vagin, on sentait le fond de l'utérus au fond du cul-de-sac de Douglas, appuyant presque sur le périnée. Le col était élevé en avant, au-dessus de l'arcade pubienne, on trouvait l'utérus développé et légèrement fléchi. La tumeur abdominale disparaissait complètement lorsqu'on évacuait la vessie. Deux jours après, elle était admise dans les salles de St-Mary's hospital, dans le service du Dr Cullingworth.

Le 4 octobre. Après quelques vaines tentatives pour réduire l'utérus renversé, on administra du chloroforme et, au moyen de quatre doigts de la main gauche introduits dans le vagin, on exerça une pression

graduelle sur le fond de l'utérus, et le déplacement utérin était rapidement rectifié. On appliquait un pessaire en ressort de montre pour maintenir l'utérus dans sa position normale.

Le 7. L'urine contient encore du pus et la température reste élevée.

Le 9. La patiente avorte. Le fœtus, âgé de quatre mois environ, était vivant ; du moins, on remarqua que son cœur battit pendant cinq minutes et qu'il fit quelques efforts d'inspiration.

Le 20. La cystite va beaucoup mieux.

Le 27. On la renvoie guérie.

Le mois de décembre suivant, la malade vint plusieurs fois se faire examiner. On trouva l'utérus rétrofléchi et très mobile, l'ovaire gauche augmenté de volume et prolabé, le bassin plus large qu'il ne l'est d'ordinaire.

A peu près au même moment où survint ce cas, deux autres de même nature étaient admis à l'hôpital ; pour l'un d'eux, on avait porté le diagnostic de tumeur ovarienne. Quant aux causes de la maladie, la théorie proposée par le Dr Tyler Smith est, dans la grande majorité des cas, indubitablement juste ; le cas relaté plus haut en est un exemple type. Pour lui, la rétroversion de l'utérus gravide survient dans beaucoup de cas par imprégnation d'un utérus déjà en rétroversion. En d'autres termes, le déplacement existait avant la conception. Je suis porté à penser que l'imprégnation se fera plus probablement dans un utérus légèrement rétrofléchi que dans un utérus en rétroversion. Certains cas sont sans doute dus à la combinaison de plusieurs causes, telles qu'un bassin large, un détroit supérieur déformé, un sacrum très concave, un relâchement des ligaments utérins, une vessie distendue au-dessus de l'utérus, bien que cet accident soit plus généralement le résultat que la cause de la déviation, un saut ou une chute lourde peut la produire.

Les symptômes sont dus à la pression exercée sur les parties environnantes par l'utérus augmenté de volume et déplacé. Les symptômes vésicaux attirent généralement l'attention les premiers, il y a difficulté d'uriner ou rétention d'urine. Fréquemment l'urine s'écoule goutte à goutte. Les malades se plaignent de douleurs pelviennes et d'une sensation d'abaissement. Le fond de l'utérus pressant sur le rectum peut rendre la défécation difficile, il y a de la constipation opiniâtre ou de la diarrhée, du ténesme, et une impossibilité de débarrasser l'intestin. Si la vessie n'est pas vidée, l'ensemble habituel des symptômes dus à la distension prolongée de cet organe survient.

Le diagnostic n'est nullement difficile. La rétention d'urine ou la difficulté d'uriner, survenant chez une femme enceinte, doit mettre immédiatement en défiance, et rend obligatoire l'examen vaginal. Le doigt, introduit dans le vagin, heurtera le fond de l'utérus dans le cul-de-sac postérieur. En passant le doigt au-dessus et autour, le long de la paroi vaginale, vous atteindrez le col utérin, qui ne peut guère tromper. Par l'examen bimanuel, le fond de l'utérus ne peut être senti au-dessus du détroit du bassin. Le D^r Playfair dit : « Avec une grande attention, nous pouvons percevoir le relâchement et la contraction alternatifs des parois utérines caractéristiques de l'utérus gravide, et différencier ainsi cette tumeur de toutes les autres qui pourraient occuper la même situation. »

Mais ce sur quoi je désire surtout attirer l'attention, c'est que, dans les trois cas que je vous ai rapportés, les femmes ont été envoyées à l'hôpital, la vessie distendue presque à se rompre, sans que le fait ait été reconnu par leur médecin. Aujourd'hui, alors que l'enseignement clinique est presque parfait, que les examens médicaux sont faits si minutieusement, et que la science médicale avance à si grands pas, assurément des erreurs semblables à celle que je viens de signaler ne doivent pas plus longtemps être commises. De quelle somme de souffrances un peu d'instruction pratique aurait sauvé la femme dont je vous ai rapporté l'observation ! Professeurs et examinateurs, il y a là, je pense, matière à grave réflexion.

Traitement. Cathétérisme. — On se servira d'une longue sonde élastique d'homme. Si le rectum est plein, on donnera un lavement. Si on ne peut introduire la sonde, on pourra avoir recours à l'aspiration de la vessie. La réduction survient quelquefois par la pression continue dans le vagin d'un sac rempli d'eau. Si cela ne réussit pas, on placera la patiente dans la position obstétricale ordinaire, et lorsqu'on l'aura profondément soumise à l'influence du chloroforme, on introduira dans le vagin un ou deux doigts de la main gauche et on exercera une ferme pression sur le fond de l'utérus jusqu'à ce qu'il recule. Quelques auteurs conseillent d'exercer la pression par le rectum. D'autres préconisent la position genu-pectorale comme facilitant la réduction. La réduction opérée, on appliquera un pessaire de Hodge, afin de prévenir le retour du déplacement. Si la réduction est impossible, il faut en arriver à faire l'accouchement prématuré artificiel, qu'on peut effectuer par ponction des membranes ; mais si le col est hors notre portée, nous pouvons, au moyen de l'aspirateur,

aspirer le liquide amniotique à travers la paroi utérine, et on obtiendra de la sorte le résultat désiré. (*Edinburgh medical Journal*, et *Journal de médecine de Paris.*)

EPILEPSIE ET GROSSESSE.

D'après le Dr Béraud (Th. de Paris, 1884), la grossesse n'est pas cause de l'épilepsie, et a même généralement une influence favorable sur cette grave affection.

Chez une même femme l'influence de la grossesse sur l'épilepsie est stéréotypée, uniforme ; ce qu'elle a été dans une première grossesse, elle le sera presque toujours dans les grossesses suivantes.

L'action modificatrice de la grossesse est généralement passagère et limitée à la durée de la gestation ; en d'autres termes, la marche ultérieure de l'épilepsie n'est pas modifiée.

Il ne paraît pas exister un ensemble de conditions précises, nettement déterminées, qui puisse faire prévoir le sens des modifications que la grossesse est susceptible d'imprimer à l'épilepsie.

L'influence des attaques d'épilepsie sur la grossesse est nulle ; elles ne déterminent ni avortements, ni accouchements prématurés. Enfants vivants et à terme.

L'accouchement n'est pas une cause d'épilepsie.

L'influence de l'accouchement sur l'épilepsie préexistante est nulle.

Dans les cas exceptionnels où l'accouchement survient en pleine crise convulsive, l'influence des attaques d'épilepsie sur les contractions utérines paraît nulle.

Le mariage ne guérit pas l'épilepsie ; il l'aggrave.

La bromuration, utile à la mère, n'est pas nuisible à l'enfant.

L'épilepsie ne paraît pas prédisposer à l'éclampsie.

(*Revue de Thérapeutique.*)

CASTRATION DANS L'HYSTÉRIE,

Par Bruno Heilbrun.

Fille de 24 ans, ayant souffert pendant son enfance d'une affection cutanée des membres inférieurs, qui disparut à l'apparition des menstrues ; celles-ci, peu abondantes, irrégulières, très douloureuses, ac-

compagnées d'une céphalée intense. Elle s'alitait à dix-sept ans, sans interruption jusqu'à l'époque actuelle, c'est-à-dire pendant *sept ans*, et était tombée dans un état déplorable.

Elle a successivement éprouvé des vomissements incoercibles avec crises gastralgiques. Les œufs et le lait sont les seuls aliments qu'elle supporte. Contracture des jambes, s'étendant au bras gauche, à la mâchoire et au bras droit. Hypéresthésie cutanée déterminant au moindre contact des contractions cloniques généralisées. Pas de symptômes centraux. Grande excitabilité. La pression continue et forte des ovaires atténue tous ces symptômes.

L'exploration vaginale ne révèle rien de particulier. On se décide à l'ablation des deux ovaires pratiquée avec toutes les précautions antiseptiques. Suites des plus simples. La malade se lève le 12e jour. Les symptômes hystériques disparaissent peu à peu : les contractures cédaient dans l'ordre de leur apparition. Les *règles revenaient* trois mois après l'opération, sans douleur ; elles ont cessé depuis.

L'ovaire gauche présentait de nombreux kystes de la grosseur d'un pois, le droit était irrégulier, très ferme. (*Centralbl. f. Gynækolog.*, n° 38, 1883, et *id.*, n° 44.)

Si hardie que soit la tentative chirurgicale, elle se justifie par la situation déplorable où vivait la malade depuis sept ans, et par le succès dont elle a été suivie.

(*Journal de la Santé Publique.*)

FISTULES VÉSICO-VAGINALES.

Avantages de la méthode de Bosemann.

M. Herrgott, de Nancy, fait une communication sur ce sujet.

Il vante les avantages du traitement préparatoire pour combattre les indurations et les adhérences cicatricielles ; il faut d'abord faire disparaître les causes d'irritation du vagin et de la vulve dues à l'écoulement incessant des urines, par des bains chauds, des lotions chaudes et des attouchements avec une solution de nitrate d'argent au 1/10.

Plus tard on incise les brides cicatricielles indurées et on maintient les bords de l'incision écartés à l'aide des boules de Bosemann ; les bains chauds sont alors un utile adjuvant. Puis on s'assure que les bords de la fistule peuvent être rapprochés sans effort ; l'opération peut alors être tentée.

On comprend quelquefois dans la suture l'extrémité de l'uretère ; quand on s'en aperçoit, il faut désunir la suture et alors l'urine coule par la fistule, ce qui empêche la guérison.

Il croit que la table de Bosemann est indispensable.

Il renonce à la sonde à demeure et au cathétérisme répété. Le cathétérisme ne doit intervenir que quand la miction est impossible, ce qui n'a lieu que le premier jour.

(*Revue de Thérapeutique.*)

ULCÈRE ROND SIMPLE DU VAGIN.

Clarke a décrit dans la matrice une ulcération analogue à l'ulcère de l'estomac et qu'il a surnommée, à cause de sa marche rapide et destructive, ulcère phagédénique ou corrodant. Ces cas semblables sont facilement confondus avec des carcinomes. *Rokitansky*, *Fœrster* et *Klebs* en ont trouvé où on ne constatait pas le moindre élément cancéreux. *Rokitansky* lui trouvait de l'analogie avec le lupus rongeant. *Zahn* a rencontré à l'autopsie d'une femme de 76 ans à la partie supérieure du vagin une ulcération d'environ la grandeur d'une pièce de 20 centimes, arrondie, avec des bords fort irréguliers, taillés à pic. Ceux-ci, comme le reste de la muqueuse vaginale, d'ailleurs normale, étaient pâles, non indurés. Le fond de l'ulcération, par contre, était extraordinairement hypérémique et recouvert d'une mince couche de pus. La paroi de l'artère utérine, de même que celle de l'artère vaginale qui s'en détache, était sclérosée, épaisse et la lumière du vaisseau réduite à un minimum. L'ulcération, aussi bien d'après ses caractères propres que d'après ses rapports avec le voisinage, se comportait tout à fait comme un ulcère de l'estomac. L'état des artères afférentes rend l'analogie encore plus complète.

Il est assez probable que, dans ce cas, le défaut de circulation artérielle à la suite de l'occlusion complète des artères nourricières et l'impossibilité d'une circulation collatérale suffisante par suite de rétrécissement des artères voisines, est la cause principale du développement de cette ulcération. On doit donc tout d'abord la considérer comme le résultat d'un trouble trophique. On n'a pas à considérer ici si un état particulier de la sécrétion vaginale, par exemple la présence d'un acide libre, comme *Klebs* est disposé à l'admettre pour l'ulcère rongeant de l'utérus, a joué un rôle dans la production de cette

ulcération. On peut aussi écarter le traumatisme à cause de la forme caractéristique de la perte de substance et de l'absence de lésions sur le reste de la muqueuse.

La patiente, qui avait passé six ans à l'hôpital, ne s'était jamais plainte de troubles ou de douleurs du côté du vagin et n'avait jamais été examinée par le toucher. L'auteur conclut à l'existence d'un ulcère rond simple du vagin, suite d'un trouble local de circulation.

(*Virchow's Archiv*. 1884.)

OPÉRATION CÉSARIENNE AVEC SUTURE UTÉRINE

Par le Dr Poulet, de Plancher-les-Mines.

Lorsque M. Poulet fut appelé auprès de la malade, dont il rapporte l'histoire, elle était en travail depuis neuf heures. Il s'agissait d'une présentation du tronc avec procidence d'un bras dans un bassin rétréci à 50 millimètres.

L'opération césarienne fut décidée et pratiquée séance tenante, sans anesthésie. Le rectum et la vessie étant vides et la malade ayant absorbé 0,40 centigrammes de seigle ergoté, on commença l'opération.

La matrice fut ramenée sur la ligne médiane par la main d'un aide, et l'utérus découvert par une incision abdominale de 16 centimètres. Une ponction au bistouri étant prudemment faite à l'utérus, celui-ci fut incisé sur presque toute sa hauteur au bistouri boutonné conduit sur l'index gauche.

L'opérateur eut la mauvaise chance de tomber sur le placenta incisé sur la face antérieure de l'utérus; ce n'est qu'en bas qu'il rencontra les parties fœtales. L'enfant fut immédiatement extrait; il était vivant. Immédiatement après, M. Poulet fit l'extraction du placenta. L'utérus se rétracta aussitôt, mais son incision restait néanmoins béante et donnait une grande quantité de sang. On tenta de rentrer l'utérus, mais comme il saignait encore et que la malade était prise de lipothymie, on dut le ramener au dehors. Aucun moyen d'hémostase n'était applicable sur le tissu mou de l'utérus ; l'opérateur n'arriva à se rendre maître de l'hémorrhagie qu'en affrontant par un point de suture les lèvres de la plaie utérine. L'opération fut terminée par la réduction de l'utérus, la toilette du péritoine et la suture de la

paroi, en laissant à la partie inférieure les chefs du fil de la suture utérine.

Tout allait bien lorsque, le lendemain, une hémorrhagie se fit jour à la fois par la partie inférieure de la plaie et par le vagin. La malade mourut cinquante-deux heures après l'opération.

L'autopsie montra que la suture utérine avait lâché et que l'hémorrhagie avait été la suite de cet accident.

Ainsi que le fait remarquer l'auteur, l'hémorrhagie et l'épanchement sanguin intra-péritonéal sont le principal écueil de l'opération césarienne. C'est pourquoi il conclut à la nécessité absolue de faire toujours la suture utérine et de multiplier les points de suture. Ceux-ci doivent être faits de préférence avec du bon catgut ou, à défaut, avec des nerfs frais d'animaux ou de la soie. Les sutures élastiques sont mauvaises. La suture utérine empêche l'hémorrhagie et les épanchements péritonéaux de toute nature ; elle a en outre l'avantage de laisser l'utérus libre d'adhérences définitives à la paroi abdominale.

Sans elle, l'opération césarienne est épouvantable et illogique. Avec elle, M. Poulet considère qu'on peut y recourir et reculer devant l'opération de Porro.

M. Poulet croit utile d'administrer de l'ergot dès le début de l'opération et d'en continuer l'usage pendant les jours suivants, la rétraction de l'utérus étant très importante pour faciliter l'application de la suture utérine et pour seconder son action.

Les remarques de M. Poulet sur les avantages de la suture utérine sont certainement très justes. L'application des points de suture serait certainement facilitée par l'usage d'une grande aiguille courbe à manche.

Le drainage de la cavité utérine, à l'aide d'un gros tube passant par le col et le vagin, pourrait peut-être rendre des services et faciliterait au besoin l'usage d'injections antiseptiques. (*Concours médical.*)

PROPHYLAXIE ET THÉRAPIE DE LA CYSTITE DE LA FEMME.

Par HÜSTNER (Iéna), *Deutsche Med. Wochenschrift*, 1883, nº 20.

La cystite chez la femme a souvent pour origine l'emploi d'un cathéter qui ne répond pas à tous les points de propreté désirable. C'est là un fait actuellement bien connu. Pour éloigner pareille cause,

Hüstner a mis en usage, dans la clinique d'Iéna, un simple tube en verre. Les résultats au point de vue de la prophylaxie de l'inflammation vésicale ont été des plus heureux.

Quant au traitement de la cystite, l'auteur croit que l'intervention locale est de beaucoup préférable. Il se sert d'un petit entonnoir en verre dont le tube est assez long pour pénétrer dans la vessie. L'entonnoir étant mis en place, il adapte dans sa partie élargie un petit cône en caoutchouc faisant suite à un tube de même substance. Le tube communique avec un réservoir quelconque rempli de la solution qu'on veut injecter qui, dans le cas actuel, est une solution de sublimé corrosif à un cinq-millième. L'emploi de ces injections répétées plus ou moins souvent dans la journée, a amené la guérison rapide de la cystite.

Vu les propriétés éminemment antiseptiques du sublimé corrosif, nous ne sommes pas étonnés des heureux résultats qu'il peut donner dans le traitement de l'inflammation vésicale, et certes c'est là un moyen très recommandable. Quant à l'appareil de l'auteur, nous ne comprenons guère sa supériorité, nous ne voyons pas pourquoi une simple sonde en verre ne serait pas aussi bonne.

(Auvard, *Bulletin de thérapeutique.*)

DE L'AMPUTATION DE LA PORTION VAGINALE DU COL UTÉRIN

Par Paul Gerhardt (Thèse inaugurale, Halle-Vittemberg 1883).

L'amputation de la portion vaginale du col utérin est très variable dans ses procédés d'exécution et dans ses indications; c'est à tracer, à résumer les uns et les autres que s'est attaché le docteur Paul Gerhardt dans sa thèse inaugurale.

Laissant de côté l'opération pour le carcinome utérin dont il ne s'occupe pas, l'auteur considère l'amputation indiquée dans la métrite chronique avec hypertrophie du col; dans le catarrhe vésical ancien avec érosions folliculaires ou dégénérescence kystique ; dans la sténose de l'orifice externe de l'utérus causant la dysménorrhée ou la stérilité.

Le rétrécissement de l'orifice utérin est souvent une des maladies les plus difficiles à traiter et des plus tenaces, la dilatation simple,

les incisions ne donnent que des résultats incomplets, et c'est à une méthode radicale qu'on est forcé, d'habitude, d'avoir recours.

Il existe trois méthodes pour enlever le col utérin : avec le bistouri, l'anse galvano-caustique et l'écraseur. L'écraseur, malgré sa séduisante simplicité, n'a donné que de mauvais résultats de même que le constricteur de Maisonneuve. Mieux vaut l'emploi de l'anse galvano-caustique. Mais toutes les préférences de l'auteur sont pour l'opération avec le bistouri, préférences qu'il appuie sur une série d'arguments que nous ne pouvons reproduire. Toute amputation, par le bistouri, du col utérin pour être bonne doit répondre aux conditions suivantes :

1° Permettre la réunion par première intention ;

2° Mettre à l'abri de toute hémorrhagie et des accidents des plaies en général ;

3° N'exiger comme traitement consécutif que l'ablation des sutures.

Gerhardt passe ensuite en revue les différentes méthodes préconisées par Sims, Hégar, Simon, Schrœder, Simon Markwald et s'arrête à celle de Fritsch qu'il décrit en ces termes : La malade est placée dans la position dorsale ; l'anesthésie chloroformique est inutile. On attire le col utérin à l'aide de pinces, on fait de chaque côté une incision allant jusqu'au niveau du cul-de-sac.

Sur chacune des lèvres ainsi divisées on enlève une portion du tissu utérin en forme de coin, dont la base correspond à la surface du col et le sommet à l'orifice interne. On réunit simplement par des sutures les deux surfaces avivées qui se portent au contact l'une de l'autre sans la moindre difficulté.

(Auvard, *Bulletin de thérapeutique*.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

TRAITEMENT DE L'AMÉNORRHÉE PAR LE PERMANGANATE DE POTASSE.

Les Drs Ringer et Munell ont employé le permanganate de potasse, dans 69 cas d'aménorrhée, en solution ou en pilules, en débutant par une dose de 6 centigrammes trois fois par jour et en augmentant progressivement jusqu'à 12 centigrammes. Ce traitement a donné d'ex-

cellents résultats chez des jeunes filles de 18 à 25 ans, qui étaient affectées d'aménorrhée à la suite d'un refroidissement. On doit instituer le traitement quelques jours avant l'époque présumée des règles. Les résultats de ce traitement ont été non moins satisfaisants chez des femmes de 35 à 40 ans, dont l'aménorrhée était symptomatique d'accouchements répétés et de lactation prolongée. D'autre part, si l'aménorrhée reconnaissait pour cause une grossesse normale, ce traitement serait tout à fait inoffensif. Il serait complètement inefficace si l'aménorrhée survenait dans la dernière période de la phthisie. Dans les premières périodes de cette maladie, le permanganate peut bien faire reparaître les règles, mais il n'a aucune influence sur la marche de la maladie. Enfin, quand il s'agit de jeunes filles dont les règles tardent à s'établir, le permanganate est à peu près impuissant à solliciter l'apparition du flux menstruel.

L'emploi du permanganate en solution est suivi parfois de nausées, de vomissements, de douleurs assez vives sous le sternum.

Ce médicament ne paraît pas agir en modifiant la composition du sang, car il agit indifféremment de la même façon chez les pléthoriques et chez les chloro-anémiques. (*Revista de sciencias medicas*, de Barcelona, et *Journal de Medecine de Paris*.)

DE L'HYDRASTIS CANADENSIS DANS LES AFFECTIONS UTÉRINES.

D'après le *Medical Progress* et la *Deutsche medical Zeitung* qui le reproduit, le professeur Shatz (de Rostock) a trouvé l'*hydrastis canadensis* de la pharmacopée américaine, sous la forme d'extrait fluide, efficace dans le traitement des troubles fonctionnels de l'appareil utéro-ovarien. Cet agent thérapeutique aurait la propriété de contracter les vaisseaux des organes de la génération et tendrait, par suite, à diminuer la congestion des organes génitaux.

A hautes doses, ou à doses longtemps continuées, il diminuerait la fréquence de la menstruation, l'écoulement serait jugulé et la douleur soulagée dans les hémorrhagies vaginales et dans les dysménorrhées, soit qu'elles reconnaissent une cause locale, soit qu'elles procèdent d'une maladie de l'utérus ou de ses annexes.

Son action sur les myomes utérins serait remarquable ; dans certains cas, il arrêterait les hémorrhagies et même les préviendrait.

Quelquefois, par l'usage longtemps continué, l'appétit augmente-

rait. La dose serait de 20 gouttes d'extrait fluide quatre fois par jour, à prendre huit jours avant le début présumé de l'écoulement dysménorrhéique.

A propos de cet article, la *Medical Press* observe que de telles louanges décernées par un opérateur comme le professeur Shatz, qui a au moins pratiqué dix fois l'hystérectomie, constituent pour le médicament une haute recommandation.

(*Union médicale.*)

LE TRAITEMENT DE LA LEUCORRHÉE PAR L'ACHILLEA MILLEFOLIUM

Par Looff.

Cette plante est un remède populaire que M. Looff a essayé avec succès contre la leucorrhée des enfants et des adultes. Ses malades étaient âgées de 7 à 15 ans, de 15 à 20 ans et de 20 à 30 ans et il employait l'infusion des sommités fleuries. Il ne faut pas oublier que les feuilles et les fleurs de l'Archillée millefeuille ont des propriétés toniques et stimulantes et qu'on en a retiré des avantages contre l'atonie des organes digestifs, les hémorrhagies hémorrhoïdales et utérines, la dysménorrhée, les pâles couleurs de la chlorose. Rouzier Joly employait comme emménagogue une décoction de 10 grammes de ses sommités dans 500 grammes d'eau.

Thomel et Hufeland employaient comme un antispasmodique une infusion de 20 à 30 grammes de ses sommités pour un litre d'eau. Enfin, Zanomi et Planata ont pu en extraire un alcaloïde, l'achilléine, qu'on a employé avec succès contre la fièvre intermittente. (*Vratch.*, 1884, II, p. 26, et *The L. med. Record*, 15 avril 1884.)

(*Union médicale.*)

FORMULAIRE

De la valeur thérapeutique de l'Ipéca dans les métrorrhagies, à doses minimes et fractionnées. (J. Chéron).

Employer l'ipéca dans les métrorrhagies aussi bien que dans

les autres hémorrhagies n'est pas chose nouvelle. En effet, Trousseau, d'après Barbeyrac, Gianello et Dalberg en avait conseillé l'usage et en avait démontré l'utilité ; mais c'est à doses vomitives que ces auteurs préconisaient l'emploi de l'ipéca, et l'explication physiologique de l'arrêt de l'hémorrhagie se tire tout naturellement du ralentissement de la circulation et de la pulsation cardiaque.

Les expériences de Weyland, Pécholier et Harnack ayant démontré que, lorsque l'émétine ne fait pas vomir, elle diminue considérablement le pouvoir excito-moteur de la moelle, je me suis demandé si, employé à doses minimes et fractionnées, l'ipéca, qui n'agit que par l'émétine, n'arriverait pas, sans vomissements, voire même sans nausées, à arrêter les métrorrhagies, en modifiant le pouvoir excito-moteur de la moelle comme le bromure de potassium et mieux encore même que cette substance.

J'ai donc employé l'ipéca dans un grand nombre de métrorrhagies, sans m'occuper de leur cause, qu'elles fussent le produit d'un trouble fonctionnel ou symptomatique d'une affection de l'appareil utéro-ovarien. Les résultats ont été des plus satisfaisants. Voici le mode d'emploi auquel je me suis arrêté :

Poudre d'ipéca fraîchement préparée........ 0,20 centigr.
en 20 paquets.

Prendre un paquet toutes les heures, excepté l'heure qui suit immédiatement le repas.

Après avoir épuisé la dose de 0,20 centigrammes, on suspend l'administration du médicament pendant douze heures, et on recommence, si la métrorrhagie n'a pas été complètement arrêtée.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

M. le docteur Chéron, médecin de Saint-Lazare, reprendra ses leçons cliniques, 9, rue de Savoie, le lundi 3 novembre 1884, à une heure, et les continuera les lundis suivants, à la même heure.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE

MÉDICO-CHIRURGICALE

DES

MALADIES DES FEMMES

GALVANOCAUTÈRE A ACCUMULATEURS

Par le Docteur Jules Chéron

DOCTEUR ÈS SCIENCES, MÉDECIN DE SAINT-LAZARE. (1)

—

Note présentée à l'Académie de médecine dans la séance du 18 novembre 1884, *par* M. Léon Labbé, *membre de l'Académie.*

En 1821, Récamier et Pravaz utilisèrent les premiers les propriétés calorifiques du courant de la pile en faisant des tentavives de destruction du cancer utérin, à l'aide d'un fil de platine porté au rouge. L'appareil ne prit une forme réellement pratique qu'à partir de 1854, époque à laquelle parut le premier ouvrage important sur la galvanocaustie thermique, dû à Middeldorpf, de Breslau.

Dès ce moment, la pile de Grenet et ses dérivés ouvrirent une ère nouvelle à ce moyen chirurgical.

De 1854 à 1874, l'instrumentation de la galvanocaustie thermique fit de remarquables progrès que vint enrayer la création du thermocautère du docteur Paquelin, application ingénieuse de l'élévation de température produite sur la mousse de platine par les vapeurs combustibles.

(1) Nous avons cru devoir reproduire cette note in extenso en tête de ce numéro. La galvanocaustie thermique, trop longtemps négligée, vu le peu de commodité des instruments, étant destinée à reprendre aujourd'hui une place importante dans la chirurgie des affections utérines.

La commodité de cet instrument, son faible poids et son peu de volume, ont séduit, à juste titre, les chirurgiens et les médecins, et, malheureusement, les grandes propriétés fondamentales de la galvanocaustie thermique ont été laissées dans l'ombre.

Cependant, ce n'est qu'avec la galvanocaustie thermique qu'on peut placer le cautère à froid et le porter au rouge, une fois en place. En outre, l'exiguité des cautères galvaniques peut être poussée très loin, et les effets de rayonnement sont, par suite, réduits au minimum. De plus, le cautère galvanique peut prendre la forme d'une anse simple ou double, et, lui seul, a de semblables propriétés. Enfin avec la galvanocaustie on peut obtenir une température plus élevée qu'avec aucun autre moyen.

Il n'est pas jusqu'aux caractères de l'eschare faite par le galvano-cautère qui ne différencient ce dernier du cautère actuel.

En effet, d'après les expériences de M. Bœckel, que nous avons souvent répétées, l'eschare du galvanocautère est mince, dure, s'éliminant lentement, avec une zone inflammatoire presque nulle, pouvant même être cachée dans les cavités closes sans produire le moindre accident.

Pour pratiquer des opérations sur l'utérus, telles que l'ignipuncture, l'amputation du col, l'exérèse du cancer, le curettage de la cavité utérine, l'ablation des polypes fibreux, etc., l'emploi du galvanocautère est incomparable, tant au point de vue de la facilité opératoire que des résultats. Il y a donc lieu de ne pas abandonner un moyen aussi précieux, comme l'ont d'ailleurs compris quelques chirurgiens.

La première tentative d'application des accumulateurs électriques à la chirurgie fut faite par M. Trouvé, à l'aide de la pile secondaire de M. Planté, accumulateur en surface qui ne peut rougir qu'un petit cautère, tout au plus pendant 7 à 8 minutes.

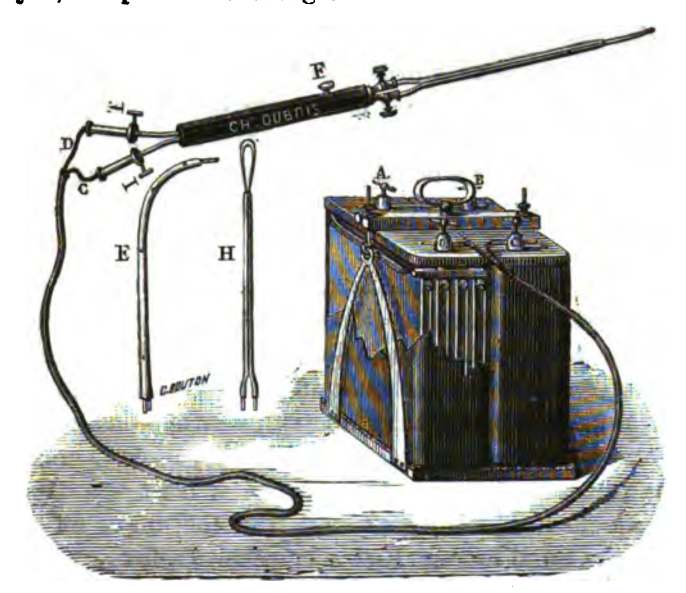
La modification apportée à la pile secondaire de Planté par M. Faure, créateur des accumulateurs en profondeur ou à oxydes, en ouvrant une ère nouvelle aux applications industrielles de l'électricité, permet aujourd'hui de rendre à la galvanocaustie thermique la place qui lui est due (1).

(1) Un otologiste de Bruxelles, M. Bayer, dans une communication au congrès de Copenhague, a fait ressortir les avantages qui pourraient résulter pour la médecine et la chirurgie de l'emploi des accumulateurs.

L'accumulateur Faure a subi des perfectionnements successifs qui ont eu pour résultat une capacité plus grande dans la puissance d'emmagasinement et une réduction de poids et de volume.

Un ingénieur fort distingué, M. Paul Gadot, nous a construit les accumulateurs qui représentent la partie active de notre galvanocautère. Une légère modification nous a permis de les rendre étanches, condition essentielle d'un appareil médical de ce genre.

Nous avons fait disposer, par M. Ch. Dubois, constructeur d'instruments de chirurgie, ces accumulateurs dans une boîte avec les différents cautères. Il est facile de les en sortir soit pour les employer, soit pour les recharger.



A. Accumulateurs dont la paroi antérieure de l'un d'eux est enlevée pour montrer la disposition des lames.
F. Pédales du manche porte-cautères.
E. H. Cautères.
D. C. Conducteurs dont les extrémités I I sont fixés au manche.

Seulement les accumulateurs dont il a préconisé l'usage sont d'un poids double de ceux que nous employons. Il ne donne, d'ailleurs, aucun détail relativement à leur emploi et à la durée de leur débit.

Dans une note antérieure, M. Bayer rapporte une expérience, faite par lui, à l'aide d'un accumulateur Faure du poids de 8 kilogrammes, d'après laquelle cet appareil ne semblerait pas bien supérieur, en débit, à l'accumulateur de M. Planté.

L'intensité du courant fourni par chacun de ces accumulateurs est de 20 ampères ; la force électro-motrice est de 2 volt 1/4 pour chacun d'eux. — Les cordons conducteurs, réunis dans une gaine de caoutchouc, ne sont ni lourds ni embarrassants comme les anciens cordons des piles à galvano caustie.

Pour les opérations pratiquées sur l'utérus, et pour la plupart de celles faites sur la peau, tumeurs, etc., il suffit de l'appareil à deux accumulateurs. Dans le cas de cautères ou d'anses de dimensions excessives, on se sert tout simplement de 3 ou même de 4 accumulateurs réunis en tension. Pour la chirurgie des cavités, telles que l'oreille, la gorge, le nez, un accumulateur est suffisant.

L'éclairage de ces mêmes cavités, si utile et si facile aujourd'hui depuis l'invention des lampes à incandescence, s'obtient aussi avec ces accumulateurs, plus commodément qu'avec les piles au bichromate. A notre clinique et dans la pratique, nous éclairons le spéculum à l'aide d'un de ces accumulateurs qui peut entretenir une lampe à incandescence de deux bougies pendant dix heures en moyenne.

Quant à la durée de la décharge de ces accumulateurs, elle est inversement proportionnelle à la quantité d'électricité absorbée par le cautère employé. Les cautères ordinaires (flèche, couteau, anse galvanique) absorbent une quantité d'énergie électrique égale à 25 à 28 ampères-heure ; l'accumulateur, dont la puissance n'est que de 20 ampères-heure, épuisera donc son approvisionnement en 40 à 45 minutes. Sauf des cas assez rares, il n'est pas d'opération dans laquelle l'emploi du courant galvanothermique ait une durée *effective* aussi longue. Rien n'empêche d'ailleurs, si les conditions opératoires l'exigent, de tenir en réserve un second groupe tout prêt.

Dans le cas de l'éclairage médical, la lampe, n'ayant besoin pour fonctionner que d'une énergie s'élevant à peine à 1 ampère-heure, la durée de la provision électrique sera, on le voit, de 10 à 20 heures, selon que l'on emploiera 1 ou 2 accumulateurs.

On sait que l'énergie de la pile chirurgicale au bichromate de potasse se proportionne à l'immersion plus ou moins grande des lames, zinc et charbon, dans le liquide actif. Il n'en est plus de même pour l'accumulateur, dont la décharge est sensiblement uniforme du commencement à la fin. Or, la température chirur-

gicale par excellence, étant celle du rouge sombre, on doit s'attacher à maintenir les cautères à ce degré-là.

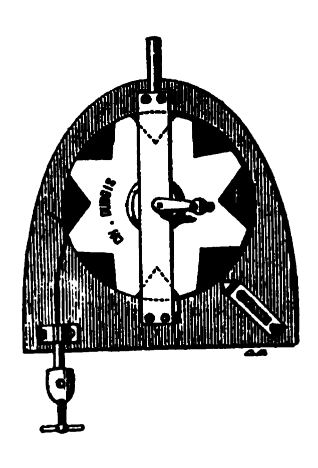
Cette condition, facile à remplir, comme nous le disions plus haut, avec les piles au bichromate, ne peut guère s'obtenir, avec les accumulateurs, que des deux manières suivantes :

1° Soit à l'aide d'un rhéostat.

Cet instrument est surtout utile dans le cas où l'on a une faible énergie à développer ; tel est le cas des petits cautères ou de la lampe médicale.

Dans le cas des grands cautères, nous lui préférons l'appareil suivant qui ne permet aucune transformation inutile du courant :

2° Une roue analogue à la roue de Masson est intercalée dans le circuit. Elle est fixée dans la boîte, et sa rotation plus ou moins rapide, modérant plus ou moins l'écoulement du courant, on maintient de la sorte les cautères à la température voulue (rouge ombre, rouge cerise, rouge blanc, etc.)



Quand les accumulateurs ont épuisé leur provision, la recharge peut se faire de deux façons :

1° Soit à l'aide des machines dynamo-électriques, chez le fabricant d'accumulateurs ;

2° Soit dans le cabinet du praticien, à l'aide de trois ou quatre éléments de pile d'une force électro-motrice un peu supérieure à celle des accumulateurs et d'un débit moyen de 12 ampères-heure par kilogramme de plaque.

Nous avons créé un dispositif commode et durable en faisant

usage de la pile au sulfate de mercure. Afin que cette note ne prenne pas des dimensions trop considérables, nous nous proposons d'en faire le sujet d'une communication ultérieure.

En résumé, le galvano-cautère à accumulateurs, tout en conservant toutes les propriétés de la pile à galvanocaustie thermique, fait disparaître ses plus graves inconvénients.

Il n'est pas douteux que l'avenir de ce remarquable moyen chirurgical réside tout entier dans l'utilisation bien comprise des accumulateurs.

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

Par le Dr E. Verrier.

7e LEÇON

De quelques autres anomalies, en particulier des anomalies symétriques des membres et du role que l'on peut attribuer a l'atavisme dans la production de ces anomalies.

Messieurs,

Avant d'aborder l'étude de la tête du fœtus au point de vue obstétrical, il me reste, pour compléter ma pensée sur ce que je vous ai dit touchant le rôle de l'atavisme dans la production des anomalies placentaires, à vous entretenir d'autres anomalies, particulièrement des anomalies symétriques des membres.

On a remarqué, en effet, que l'augmentation du nombre des doigts (*polydactylie)* comme leur diminution congénitale (*ectrodactylie*), portant soit au membre supérieur, soit au membre inférieur, étaient le plus souvent symétriques, c'est-à-dire siégeaient sur les deux membres homologues et se répétaient quelquefois même aux quatre extrémités.

Cependant, M. Guéniot a présenté en mon nom à l'Académie de médecine, le 12 décembre 1882, un cas d'éventration dans lequel il n'existait qu'un seul membre inférieur.

M. Doléris a publié aussi la même année, dans les *Archives de Tocologie*, six observations d'éventration fœtale dans lesquelles il y avait trois cas d'anomalie des membres, dont deux portant sur le bras gauche avec ectrodactylie dans les deux cas.

L'asphalosomie et l'agénosomie (déplacement des viscères abdominaux) ne sont pas non plus sans influence sur la conformation des membres pelviens, qui sont souvent, dans ces cas, très raccourcis et quelquefois même incomplets quant au nombre de leurs doigts.

Il est probable que, dans le plus grand nombre des anomalies qu'entraîne la *célosomie*, l'ectrodactylie du côté affecté doit exister ; mais en présence de lésions aussi graves que celles produites par l'éventration, les auteurs ont dû omettre de mentionner de simples absences de doigts. On comprend que, dans des cas semblables, l'ectrodactylie soit unilatérale, car elle est manifestement sous l'influence de l'anomalie principale.

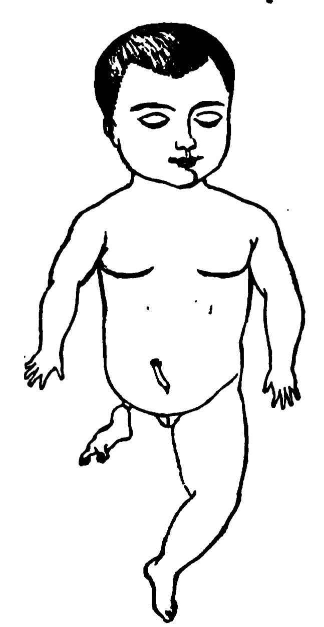


Fig. 1
Monstre phocomèle.
Tridactyle non symétrique.
(Dr Verrier).

Toutefois, j'ai, quant à moi, noté, dès 1879, un cas d'ectrodactylie chez un monstre phocomèle que Depaul avait vu avec moi et dont il a présenté le dessin à l'Académie. Chez cet enfant tout le membre abdominal droit manquait, et le pied, qui n'avait que trois doigts, était soudé directement à l'abdomen. Le membre abdominal gauche était bien conformé.

En dehors de ces cas monstrueux, on rencontre encore quelquefois l'ectrodactylie siégeant à un seul membre. I. Geoffroy St-Hilaire a donné l'histoire d'un peintre en bâtiments, dont la main gauche ne portait que deux doigts. Il est vrai que l'avant-bras était quasi-atrophié ; mais, par contre, le bras droit était bien conformé et avait son nombre normal de doigts.

Le père du même auteur avait vu un Egyptien qui avait trois doigts à la main droite, tandis que la main gauche avait tous ses doigts normaux.

Dans un cas plus récent, observé par le Dr Martin-St-Ange, sur un homme adulte, la main mal formée ne comportait que deux doigts seulement. L'un de ces doigts se composait lui-même de deux doigts en partie soudés, en partie réunis.

D'autres auteurs, entre autres Bartholin, Meckel, Weitbrecht, citent des cas d'ectrodactylie coïncidant avec d'autres anomalies plus ou moins graves.

Oberteuffer en rapporte un (in *Arch. de Stark*, t. II, p. 645), où tous les orteils étaient remplacés par un moignon arrondi que ne supportait aucun squelette osseux à l'intérieur. Cette dernière anomalie sera rappelée tout à l'heure.

Tous les auteurs qui s'occupent de tératologie connaissent les faits de transmission héréditaire de l'ectrodactylie, rapportés par Béchet dans sa thèse avec planches (*Essai sur les monstruosités humaines*. Paris 1829).

Il s'agit d'une famille entière dont j'ai résumé l'histoire dans mon article sur une *anomalie extraordinaire des doigts* que j'ai publié dans la *Gazette hebd. de med. et de chir.* en 1883.

Mais, comme je le disais, au début de cette leçon, l'ectrodactylie existe le plus souvent d'une façon symétrique, soit aux mains, soit aux pieds.

Bartholin (*Hist. ant. cent.* 11) fait mention d'un homme de 26 ans n'ayant aux mains de chaque côté que deux doigts et le rudiment d'un troisième, ce qui, ajoute-t-il, ne l'empêchait pas d'écrire très bien.

Le nain Dantlow, cité par Geoffroy St-Hilaire, n'avait que 4 orteils à chaque pied, mais les membres supérieurs manquaient presque entièrement.

Le cas que j'ai présenté à la Société de Chirurgie le 25 avril 1883, et dont j'attends toujours le rapport, avait ceci de remarquable que l'anomalie était double et symétrique, c'est-à-dire qu'elle siégeait à chaque main qui ne présentait que trois doigts disposés comme le montrent les figures ci-contre.

Fig. 2. Ectrodactylie tridigitale, vue de face.

Fig. 3. Ectrodactylie tridigitale, vue de côté.

Il n'y avait que 3 ongles à chaque main, savoir un pour l'auriculaire et un pour le pouce ; le troisième est unique pour les trois doigts du milieu, qui tous viennent se souder ensemble à leur extrémité, de manière à donner à la main, l'apparence d'une griffe concave.

Si l'on retrouve sous la peau, par un palper attentif, les métacarpiens et les phalanges, il n'y a bien qu'une seule matrice d'ongle qui a projeté sa sécrétion cornée au dehors, ainsi que le prouve le moule exécuté par M. Baretta et que j'ai déposé à la Société de Chirurgie.

Du côté des membres inférieurs, on trouve également sur les deux pieds d'une façon symétrique une double courbure, la première longitudinale séparant la partie correspondante à l'emplacement du gros orteil, et l'autre oblique en dehors paraissant suivre le point de jonction des phalanges avec les métatarsiens.

A la face plantaire les pieds sont convexes en dedans, dans la partie correspondante aux têtes des métatarsiens, et concaves en dehors (fig. 4).

Fig. 4.
Pieds déformés. — Soudure des orteils à chaque membre inférieur.

Si l'on venait à déplacer le pied de cette position — ce qui ne se faisait qu'avec une certaine résistance — il la reprenait aussitôt à la manière d'un ressort.

L'accolement des orteils entre eux n'était pas sans analogie avec ce que l'on nomme la palmature des pieds ; mais il eût été plus difficile de les isoler par une opération chirurgicale que d'isoler des doigts palmés à l'aide d'une simple membrane interdigitale. D'ailleurs cette opération, inutile au point de vue de la marche, n'aurait pas rendu les services importants que l'on eût été en droit d'attendre de la libération des mains.

Mais, même sans opération, l'enfant aurait fini par acquérir par l'usage une certaine habileté à manier l'aiguille, le pinceau ou la plume; malheureusement, il succomba le cinquième jour après sa naissance à des convulsions.

Il existe au musée de la Société d'Anthropologie le moule d'une autre main tridactyle dont j'ai fait prendre le dessin et dans laquelle on retrouve le pouce, l'indicateur et le médius. Il y avait atrophie des deux derniers doigts (fig. 5).

Fig. 5.
Ectrodactylie tridactyle au membre supérieur.

Au musée Dupuytren, on trouve, sous la 4e vitrine à gauche, le squelette d'un pied qui ne présente que deux doigts, le premier et le dernier.

Entre ces doigts existe, comme le montre la figure 6, un métatarsien qui parait être celui de l'orteil médian, de sorte qu'il y aurait eu là une atrophie du 3e doigt. Cette anomalie était symétrique à chaque pied.

Ce cas nous servira de transition entre la tridactylie et l'anomalie qui consiste à n'avoir que deux doigts, laquelle est connu dans la science sous le nom de pince de homard.

Fig. 6.
Ectrodactylie au membre inférieur.
Il existe 2 doigts et le rudiment d'un 3e.

Elle n'est point extrêmement rare et M. le Dr Guéniot m'a dit en avoir rencontré plusieurs à l'hospice des enfants assistés.

Voici le dessin d'un cas observé sur un homme adulte et dont le moule se trouve au musée de la Société d'Anthropologie.

Il semble à première vue qu'il existe en dedans des deux doigts uniques du sujet comme les métacarpiens de deux autres doigts. Mais la dissection n'en ayant pas été faite, on ne peut affirmer leur existence.

Quoi qu'il en soit, l'homme porteur de cette infirmité était arrivé à l'âge de 40 ans, usant des deux mains comme de pinces et pourvoyant avec leur aide à toutes les nécessités à la vie (fig. 7).

Fig. 7.
Ectrodactylie, 2 doigts à chaque main
(pince de homard).

Si de deux doigts nous passons à 4 doigts, ***tétradactylie***, nous rencontrons plus fréquemment cette anomalie symétrique.

C'est d'abord le cas de M. Longe, de Dému, que j'ai présenté le 6 mars 1884 à la ***Société d'Anthropologie***, et qui se trouve rapporté p. 187 dans le bulletin de la Société.

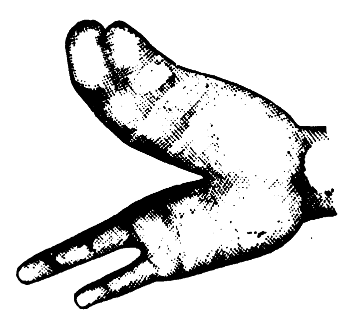


Fig. 8.
Tétradactylie symétrique (Longe, de Dému).

Je ne ferai pas mention du pied droit qui était polydactyle (sex-digital), mais seulement de l'ectrodactylie symétrique des deux mains.

Chacune des mains n'avait que 4 doigts ; le médius et probablement le métacarpien correspondant manquaient à chaque ex-

trémité, car une scissure profonde paraissant descendre jusqu'aux os du carpe séparait la main en deux parties assez inégales.

La plus petite comprenait le pouce et l'indicateur, soudés dans toute leur longueur, et, par suite de cette soudure, le pouce plus court que l'index, forçait ce dernier doigt à incliner sa phalangette de son côté. Les 2 autres doigts étaient libres. Assez fréquente, du reste, est la présence de 4 doigts seulement aux membres supérieurs.

La fig. 9 représente un autre cas, avecsoudure des doigts deux à deux, chez un homme adulte dont le moulage existe dans notre musée d'anthropologie.

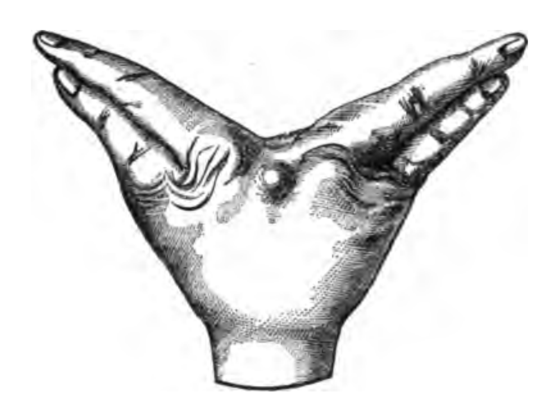


Fig. 9.
Tétradactylie symétrique chez un adulte.

Ce sujet se servait de ses 4 doigts deux à deux, comme d'une pince, de même que celui représenté dans la fig. 6.

Le même cas existe aussi au musée provenant d'un jeune sujet de 14 ans environ.

Chez celui-ci chaque doigt est libre et le sujet peut se servir de sa main comme si un cas pathologique avait forcé à l'amputation du médius (fig. 10). Il est probable que le métacarpien du milieu existait chez ce sujet comme chez le précédent, car on retrouve chez tous deux la tête de cet os faisant saillie sous la peau. Il n'y a pas d'ailleurs cette scissure profonde comme dans le cas de M. Longe, cité plus haut (voir fig. 8).

Fig. 10.
Le même cas que le précédent avec doigts isolés, chez un adolescent.

Malheureusement, l'absence de dissection ne permet pas d'affirmer la présence de ce métacarpien.

Enfin, il est encore au musée de notre société un autre cas de tétradactylie symétrique qui n'est pas sans analogie avec le cas de tridactylie que nous avons rapporté fig. 2 et 3. Dans celui-là les 4 doigts groupés les uns sur les autres à la manière d'un poing fermé, comme nous le montre la fig. 11, n'ont probablement pas permis l'opération, bien que cette dernière eût facilité au sujet, porteur de cette anomalie, l'usage de ses doigts.

Fig. 11.
Tétradactylie en groupe soudé.

Ainsi donc, Messieurs, pour nous résumer, voici 11 figures qui nous représentent divers cas d'ectrodactylie symétrique, savoir 8 portant sur les membres supérieurs et deux sur les membres inférieurs.

Je pourrais réunir avec plus de facilité encore des cas de polydactylie, car ces derniers sont plus fréquents que les premiers, de même d'autres anomalies également symétriques; mais je préfère m'en tenir pour aujourd'hui à ces faits et je veux tâcher d'interpréter avec vous leur signification.

On a invoqué successivement comme cause des anomalies en moins des membres fœtaux l'action de causes mécaniques, en particulier celle de brides amniotiques, de pression des membranes, etc., dans le début de la vie embryonnaire agissant avant la sécrétion du liquide de l'amnios au moment où le bourgeon des membres supérieurs et inférieurs tend à prendre du développement.

Cette explication, bonne pour les cas d'ectrodactylie unilatérale, ne satisfait pas l'esprit lorsqu'il s'agit d'expliquer une de ces anomalies symétriques.

Comment, en effet, expliquer par la pression de brides membraneuses, la symétrie de ces anomalies qui est de règle dans la plus grande majorité des cas quand il s'agit d'organes doubles ?

N'y a-t-il pas dans l'embryon d'autres parties saillantes que les bourgeons terminaux des membres ? Pourquoi la pression agirait-elle sur les deux membres à la fois d'une façon identique et quelquefois sur des membres inférieurs en même que sur les supérieurs ?

L'amputation spontanée d'un membre dans l'œuf n'a rien de comparable à ces anomalies symétriques, et on connaît d'ailleurs le mécanisme de celle-là.

D'autre part, comment imputer à l'action des membranes la poussée symétrique, de doigts surnuméraires, chez les polydactyles ou le transport d'un certain nombre de doigts d'une main à l'autre main, comme il en existe un exemple au musée de la Société sur la main d'un enfant qui avait huit doigts à une main, tandis qu'il n'y en avait que deux à l'autre ?

Ne vaut-il pas bien mieux avouer notre ignorance au sujet de ces arrêts de développements ou de ces erreurs de la nature ? Cependant, j'ai proposé, Messieurs, à la Société d'Anthropologie une interprétation qui, dans les cas où l'anomalie est symétrique, a au

moins le mérite d'être vraisemblable, et de donner une certaine satisfaction à l'esprit. Elle est basée sur la loi du transformisme.

Etant donné que les séries zoologiques ont paru successivement sur la terre, les espèces, de plus en plus parfaites, succédant à d'autres qui l'étaient moins, ne peut-il se faire que dès les premiers jours de la vie dans l'œuf, la nature n'ait eu comme « une sorte d'hésitation, du principe d'évolution, comme un effort de sa part à s'arrêter au point où il en était resté dans des formes antérieures ou à marcher dans d'autres directions précédemment suivies? » (Hœckel.)

Il n'en résulterait pas que l'enfant porteur d'une anomalie symétrique eût dans ses ancêtres un animal pourvu de membres semblables aux siens ; mais rien n'empêche que la nature, dans ses évolutions successives, ait fait retour à une forme antérieure de sa série zoologique sans qu'il y ait entre cet enfant et l'animal en question d'autre affinité que la présence des vertèbres par exemple.

Il est évident cependant que si l'animal comparé était non seulement un vertébré, mais encore un mammifère, s'il appartenait surtout à l'ordre des primates et si, dans cet ordre, il se rapprochait comme famille naturelle et par conséquent comme organisation osseuse et musculaire de l'enfant qui présente l'anomalie, il pourrait à meilleur droit être considéré comme constituant à côté de lui une ligne collatérale.

Dans l'œuf, d'ailleurs, tous les embryons se ressemblent dans les premiers jours, et nous savons qu'il est difficile pendant longtemps de distinguer le fœtus humain de celui du chien et *a fortiori* de celui du singe, qui est de tous les animaux celui qui, anatomiquement, ressemble le plus à l'homme.

M. Deniker, qui a eu la bonne fortune de disséquer un fœtus de gorille, arrivé au 5e ou 6e mois de la vie intra-utérine, a donné, dans le *Bulletin de la Société d'Anthropologie* (3e fasc. 1884), des renseignements sur l'attitude et des détails morphologiques touchant ce fœtus qui confirment ce que j'avance.

Peut-être l'homme tertiaire, s'il a réellement existé, ou à son défaut l'anthropopitèque interrompait-il la filiation directe, mais

il n'en est pas moins juste de dire que le nombre des transitions nécessaires pour amener un mammifère quelconque au rang des primates, tout infini qu'il puisse être, n'est pas en désaccord avec la longue et incalculable période des temps géologiques et qu'il est certainement inférieur à celui qui a été nécessaire pour amener au rang des mammifères la cellule primordiale créée ou née spontanément à l'origine du monde physique.

Dans l'exposé de cette leçon, Messieurs,vous avez vu un enfant naître avec un moignon arrondi qui ne supportait aucun appendice digital et n'avait même pas de squelette à l'intérieur (*Arch. de Stark*, t. II, p. 645.)

C'est la représentation du bourgeon terminal des membres dans l'œuf, le premier anneau de la chaîne que je vais essayer de dérouler devant vous.

Nous n'avons pas trouvé de fœtus à un seul doigt, mais nous avons parmi les animaux monodactyles le cheval, l'âne et leurs produits ; à deux doigts nous avons les cas reproduits par la fig. 6 pour les pieds, et par la fig. 7 pour les mains.

Dans la fig. 6, la présence du métacarpien est manifeste ; dans la fig. 7, les doigts sont dirigés en avant comme le sont les 2 doigts de l'autruche. Plus près de nous, chez les mammifères, le bœuf, le mouton, la chèvre sont didactyles et ont aussi les doigts dirigés en avant.

Les tridactyles, comme je l'ai expliqué à la Société d'Anthropologie, ne se rencontrent que dans l'ordre des oiseaux, et encore sont-ce des tridactyles irréguliers, car si, d'une façon générale, l'aile de l'oiseau, qui représente le membre antérieur, ne comprend que 3 doigts, le membre postérieur en comprend quatre, 3 en avant et un rudimentaire en arrière, qui correspond au pouce.

Pour trouver des exemples de tridactylie complète, il faudrait aller en chercher jusque parmi les insectes (*Dict.* de Dorbigny, Art. *Tridactylie*).

Mais dans les oiseaux il y a les palmipèdes et les fig. 2, 3, 4, avec les détails qui s'y rapportent, nous montrent un enfant dont

les membres supérieurs recourbés en forme de griffes n'avaient que 3 doigts et dont les pieds étaient complètement palmés.

Telle devait être la configuration des grands animaux de la période géologique planant dans les airs et peuplant les eaux, comme les pléliosaures, les icthiosaures, etc. Telle était aussi celle de notre jeune sujet. Telle est encore aujourd'hui celle des oiseaux palmipèdes. La fig. 5 nous montre encore la main d'un tridactyle chez lequel l'anomalie ne se répétait pas aux pieds.

Quant à la tétradactylie, qui, nous l'avons dit, paraît être l'anomalie la plus fréquente dans l'ectrodactylie, nous en avons réuni 4 exemples :

1° Le cas de M. Longe, de Dému, dans lequel 2 doigts sont soudés et 2 libres et qui ne paraît pas avoir de métacarpien.

2° Le cas représenté par la fig. 9, dans lequel les 4 doigts sont soudés deux à deux, mais qui paraît avoir le métacarpien médian.

3° Celui de la fig. 10, dans lequel tous les doigts sont libres et qui, comme le précédent, paraît avoir le métacarpien du milieu.

4° Enfin, la fig, 11, qui représente une main à 4 doigts soudés en forme de poing fermé.

Or, la série des mammifères nous montre des tétradactyles réguliers et irréguliers ; le porc, puis le chien et le chat appartiennent à ce groupe. Plus près de l'espèce humaine, on trouve dans les primates les atèles et les colobes qui n'ont que 4 doigts et appartiennent au groupe des cébiens (singes du nouveau continent).

Est-il donc si déraisonnable d'admettre comme un effet sinon d'hérédité d'un ancêtre éloigné de l'homme, du moins comme une hésitation de la nature dans son évolution progressive, ce retour à une forme anatomique antérieure éteinte ou existante encore dans un groupe zoologique voisin ?

Je n'ai rien à dire de la pentadactylie, si ce n'est qu'à l'état normal aucun mammifère ne présente plus de cinq doigts, tandis qu'un grand nombre en présentent moins.

Quant à la polydactylie sexdigitale que l'on rencontre anormalement aussi bien chez l'homme que chez d'autres pentadactyles, ne pourrait-on pas la considérer comme un jalon, une tendance de la nature vers une évolution à venir plus parfaite. Ne voyons-

nous pas d'ailleurs s'élever insensiblement l'échelle zoologique à mesure que croît le nombre des appendices terminaux des membres ?

En définitive, quoi qu'il en soit de cette dernière hypothèse, il n'en est pas moins juste de dire que les doigts ne sont que les agents mécaniques du cerveau et que si cet organe doit se perfectionner encore dans les âges à venir, il n'est pas irrationnel d'admettre que des agents plus nombreux et plus parfaits pourront être mis par la nature à sa disposition, et que, ce qui est aujourd'hui une anomalie, ne devienne un jour l'état normal. On peut donc conclure dès à présent de tout cet ensemble en disant que la polydactylie est une anomalie évolutive, tandis que l'ectrodactylie est une anomalie régressive.

(A suivre.)

DEUX CAS D'AMÉNORRHÉE

TRAITÉS PAR L'ÉLECTRICITÉ STATIQUE

Par le Dr R. FAUQUEZ, médecin-adjoint de Saint-Lazare.

L'électricité statique était employée au siècle dernier au traitement des paralysies, de la chorée, des névroses et d'un certain nombre d'autres affections. Délaissée peu à peu après la découverte du galvanisme; abandonnée ensuite presque complètement lorsque l'illustre physicien anglais, Faraday, découvrit les courants d'induction, dont l'application simple et facile devait séduire les médecins, tombée enfin dans l'oubli, tandis que l'électricité dynamique était l'objet d'études et de recherches continuelles de la part des savants et des électrothérapeutes, elle a été remise en pratique depuis quelques années et réhabilitée, grâce aux résultats obtenus par l'emploi de cet agent, dans les maladies nerveuses et en particulier dans l'hystérie.

Me basant sur les propriétés toniques et révulsives de l'électricité statique, j'ai songé à l'employer dans le traitement de deux cas d'aménorrhée rebelle datant, l'un de sept mois, l'autre de

quatre, dus tous les deux à des troubles de l'innervation vaso-motrice qui avaient constitué un état congestif de l'appareil utéro-ovarien, lequel état congestif s'opposait à l'accomplissement des phénomènes menstruels.

J'ai obtenu, dans chaque cas, un résultat si prompt et si net par l'emploi de ce moyen que je crois intéressant de le signaler à l'attention de mes confrères.

M. le Dr Chéron m'adresse, au mois d'avril dernier, Mademoiselle K.., âgée de vingt-huit ans, qui est allée le consulter pour une suppression de règles.

Au mois d'octobre 1883, elle a vu ses règles se supprimer brusquement, sans cause appréciable pour elle, et, depuis lors, elles n'ont pas reparu. Elle éprouve, dans la région sacro-lombaire, des douleurs sourdes qui s'accentuent davantage au moment où les règles devraient paraître, des sensations de pesanteur dans le bas-ventre, de fréquents maux de tête; à ces divers symptômes sont venus se joindre des troubles de la vue. Elle ne peut fixer un objet quelconque pendant quelques minutes sans qu'un voile sombre vienne s'interposer et le lui masquer; elle a fréquemment l'impression de mouches volantes; à part cela, la santé générale est assez bonne, l'appétit et les digestions sont dans des conditions tout à fait normales.

Les seuls points sur lesquels puisse porter l'examen, chez Mademoiselle K...., sont : le palper abdominal qui ne détermine aucune sensation de douleur et donne tout au plus l'impression d'une légère augmentation de volume de l'abdomen et l'exploration de la colonne vertébrale. La pression au niveau des apophyses épineuses provoque une vive douleur dans toute l'étendue du rachis. L'existence de cette douleur à la pression des apophyses épineuses de la colonne vertébrale est un symptôme caractéristique d'irritation spinale, cause périphérique qui, dans le cas actuel, a produit l'état congestif de l'appareil utéro-ovarien d'où dépend l'aménorrhée.

Cette altération fonctionnelle s'établit, en effet, sous l'influence d'un trouble soit général, soit local, qui porte directement sur cet acte physiologique. Tous les troubles qui portent sur l'ovaire et

sur l'utérus, en enrayant leurs fonctions, sont susceptibles de la provoquer. L'ovulation peut continuer à se faire, mais l'hémorrhagie utérine ne se produit pas; l'utérus reste, comme l'a dit fort justement Aran, en retard sur l'ovaire.

Les causes qui agissent par irritation périphérique et par action réflexe sur l'utérus, agissent d'autant plus facilement qu'il est bien reconnu que l'appareil utéro-ovarien est doué d'une impressionnabilité bien supérieure à celle des autres organes.

Comment l'aménorrhée peut-elle résulter d'un état congestif chronique de l'appareil utéro-ovarien ? Les théories anciennes sur la menstruation ont toujours fait précéder l'hémorrhagie utérine de la fluxion et de la congestion de cet organe, mais elles n'ont pas entrevu qu'il y avait en jeu un autre phénomène bien important et indispensable à l'accomplissement de cette fonction : c'est le phénomène de l'érection.

D'après la théorie de Rouget, c'est l'érection produite par action réflexe du *mésoarium* et du *mésométrium* qui, formant obstacle au retour du sang veineux vers l'organe central, gorge les capillaires intra-utérins, les force à se rompre sous la pression excessive du sang et produit ainsi l'acte de la menstruation.

Si une congestion chronique de l'appareil utéro-ovarien s'établit, sous une influence quelconque (périphérique dans notre cas), l'excitation ne peut plus être transmise assez énergiquement aux centres d'innervation vaso-motrice de la moelle, parce que le *mésoarium* et le *mésométrium* ne peuvent plus avoir d'action sur les vaisseaux devenus trop volumineux et distendus outre mesure. Ces voiles membraneux qui entourent l'appareil utéro-ovarien sont, pour ainsi dire, paralysés.

Il y a interversion dans l'ordre des phénomènes ; dans l'ordre normal, le phénomène d'érection doit précéder la congestion, puisque c'est lui qui la cause ; dans l'ordre morbide, au contraire, c'est la congestion qui s'est établie la première et qui empêche le phénomène d'érection de se produire.

Dans le cas de Mademoiselle K..., c'est bien évidemment une cause d'ordre périphérique caractérisée par l'irritation signalée qui a provoqué cette paralysie des centres d'innervation vaso-mo-

trice, d'où dépend la congestion utérine et consécutivement l'état aménorrhéique. Nous la retrouvons nettement dans une impression morale vive qu'a éprouvée la malade quelques jours avant l'époque où ses règles ont fait défaut pour la première fois.

Lorsqu'elle s'est présentée au Dr Chéron, Mademoiselle K... avait eu recours à tous les moyens mis habituellement en usage contre l'aménorrhée : Sinapismes à la partie interne des cuisses, révulsifs sur les membres inférieurs et la colonne vertébrale, cataplasmes sur le ventre, les emménagogues, armoise, camomille, safran, etc., les bromures, l'aconit, la belladone, la noix vomique, les quinquinas, etc.; aussi, pensant, comme dernière ressource, à l'emploi de l'électricité, m'envoya-t-il la malade, en laissant à ma disposition le choix du mode d'électrisation.

Bien que, dans des cas analogues, l'application des courants continus m'ait donné d'excellents résultats, ayant eu récemment l'occasion d'observer l'efficacité de l'électricité statique dans le traitement de certains troubles gastriques en rapport avec l'irritation spinale, chez des anémiques névropathes, je songeai aussitôt à traiter ainsi le cas qui m'était offert, pensant, tellement je trouvais nette la relation de cause à effet, que, par ce moyen tonique et révulsif par excellence, j'arriverais plus promptement à rendre aux centres d'innervation vaso-motrices leur tonicité perdue et, par conséquent, à faire disparaître l'état congestif de l'appareil utéro-ovarien.

Je fais usage, pour mes applications d'électricité statique, de la machine de Carré, grand modèle, celle dont le plateau de verre mesure 0m 44cm de diamètre et le plateau d'ébonite 0m 60cm. Cette machine m'a toujours paru préférable à toutes les autres, en raison de ce qu'elle se charge d'elle-même et fournit rapidement et par tous les temps une quantité plus que suffisante d'électricité.

Voici comment je procédai pour électriser ma malade : Je la plaçai sur le tabouret à pieds de verre et la mis en communications avec le conducteur de la machine, au moyen d'une chaîne de cuivre qu'elle tenait dans la main, et, pendant dix minutes, je fis passer d'abord le long de la colonne vertébrale, de haut en bas, en insistant sur la région sacro-lombaire, puis à la partie in-

terne des cuisses, un courant connu sous le nom de souffle ou vent électrique, que je produis au moyen d'un petit balai de sorgho porté sur un manche de verre et mis en communication avec l'autre pôle de la machine par une chaîne en cuivre.

Au bout des dix minutes, je remplaçai pendant une minute ou deux le vent électrique par des étincelles très légères sur les mêmes régions.

La malade ne fut aucunement fatiguée par cette première séance et le surlendemain, je fis une nouvelle application, exactement de la même manière, pendant quinze minutes. La troisième séance dura vingt minutes ; chaque application du vent électrique était toujours terminée par une à deux minutes d'étincelles.

Le surlendemain de la cinquième application, je reçus une lettre de M^{lle} K... m'annonçant qu'elle avait été prise, la veille au soir, de quelques douleurs de reins avec coliques et que les règles avaient fait leur apparition dans la nuit.

Je revis, après son époque menstruelle, Mademoiselle K..., qui, enchantée du résultat obtenu, venait me remercier et s'acquitter envers moi. Sa vue s'était beaucoup améliorée ; elle pouvait travailler et fixer les objets sans fatigue.

Malgré mon conseil de ne pas s'en tenir là et de continuer encore pendant quelque temps son traitement électrique, elle ne revint plus chez moi.

Dans la deuxième quinzaine d'août, je vis un jour venir ma malade qui me dit que, après avoir encore passé régulièrement une période menstruelle, elle avait vu ses règles se supprimer de nouveau et qu'elle venait de passer trois époques sans les avoir. Nous eûmes de nouveau recours au moyen qui nous avait si bien réussi précédemment et, cette fois encore, après la troisième séance, les règles reparaissaient. Si j'avais pu, la première fois, avoir quelque hésitation sur l'efficacité du traitement électrique, si j'avais pu, devant un résultat si prompt, alors que tant d'autres moyens avaient échoué jusque-là, me demander s'il n'y avait pas, dans ce cas, un effet du hasard, cette seconde expérience aurait suffi à m'enlever tous mes doutes.

Je me suis absenté de Paris pendant le mois de septembre et je viens, à mon retour, de voir Mlle K..., qui a eu ses règles à la fin de septembre, à date fixe. Il a été convenu que dorénavant, pendant quelques mois encore, elle viendrait, chaque fois, avant l'époque des règles, se soumettre à deux ou trois applications électriques, dans le but de faciliter leur apparition et d'éviter une nouvelle suppression.

Le deuxième cas s'est présenté dans des conditions analogues. Une jeune femme de 24 ans, vient, au mois de juin dernier, me consulter pour une suppression de règles qui date de quatre mois. Elle ne présente aucun des symptômes de la grossesse, ni nausées, ni vomissements, ni augmentation de volume du ventre suffisante pour lui faire croire qu'elle puisse être enceinte et cependant, elle ne peut s'expliquer cet arrêt brusque de la menstruation, elle qui a toujours été d'une régularité parfaite à cet endroit. Elle a des poussées congestives vers la tête et les yeux, des bouffées de chaleur au visage, elle est essoufflée quand elle marche ou monte les escaliers.

Je pratique l'examen et je trouve *au toucher*, un col gros, tendu, avec des culs-de-sac parfaitement libres, aucun des signes de la grossesse, mais bien ceux de la congestion utérine. L'examen au spéculum confirme les renseignements que m'a donnés le toucher ; le col est gros, violacé et présente un aspect œdémateux très caractéristique. Je suis bien en présence d'une congestion utérine et c'est à cette congestion qu'il faut rapporter la cause de l'aménorrhée. J'interroge de nouveau ma malade, pour trouver quelle peut avoir été la cause de ce trouble fonctionnel de l'utérus et j'apprends qu'elle a fait, il y a cinq mois environ, une chute dans son escalier ; elle est tombée en arrière et ne s'est fait, heureusement pour elle, aucun mal, mais elle a éprouvé une grande frayeur qui l'a laissée pendant plusieurs jours très nerveuse et très impressionnable. Depuis, elle n'a plus vu reparaître ses règles.

C'était bien là encore un cas d'aménorrhée dû à une congestien utérine résultant de la paralysie des centres d'innervation vaso-motrice, laquelle paralysie a eu pour cause périphérique un

choc physique, la chute qu'a fait Madame L... dans son escalier.

Là comme dans le cas précédent, j'ai vu l'indication du traitement par le courant statique et je l'ai employé, exactement de la même manière : tous les deux jours, séance de 10 à 15 minutes du vent électrique, terminée par 3 à 4 minutes d'étincelles sur la région dorso-lombaire et sur la partie interne des cuisses.

Le résultat n'a pas été tout à fait aussi prompt que dans le premier cas ; mais cependant, au bout de la neuvième application, les règles faisaient leur apparition.

Chez Madame L..., aucun autre traitement n'avait été tenté ; il m'était impossible de rapporter à l'action des médicaments administrés antérieurement le résultat que je venais d'obtenir.

Très satisfaite de cet heureux dénouement et ne voulant pas s'exposer à une rechute, elle a continué son traitement, deux fois par semaine, pendant trois mois au moins, afin d'affirmer davantage sa guérison et, bien qu'elle l'ait cessé complètement, il y a environ deux mois, ses règles ont conservé leur parfaite régularité. Je n'ai pas la prétention de faire de l'électricité statique le seul et unique moyen à appliquer dans le traitement de l'aménorrhée. Je le recommande simplement à mes confrères qui se trouveraient en présence d'aménorrhées rebelles reconnaissant pour cause un trouble vaso-moteur, comme dans les deux cas que je viens de citer plus haut. Quand il devrait n'être appliqué qu'après avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique usitées en pareil cas, je crois qu'il serait encore apte à rendre de nombreux et réels services.

REVUE DE LA CLINIQUE.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE L'ORIGINE SPINALE DU VAGINISME,

Par le Dr R. FAUQUEZ.

La *Revue médico-chirurgicale des Maladies des Femmes* a publié, à diverses reprises, à l'appui de la théorie de l'origine spinale du vaginisme, découverte et exposée par M. le Docteur Ché-

ron, les relations de nombreux cas de cette affection et un mémoire de M. le Docteur Daude, sur la *contracture spasmodique du constricteur vulvaire et ses rapports de causalité avec une irritation spinale localisée.*

J'ai eu, tout dernièrement, sur une malade de la clinique, l'occasion d'observer un cas de vaginisme d'origine spinale tellement net que je crois intéressant de le rapporter, car, par ses symptômes, par l'amélioration prompte et par la guérison obtenue en peu de jours par le traitement révulsif, qui a consisté en applications de pointes de feu sur la région de la moelle, siège du point de réflexion, il confirme une fois de plus l'exactitude de cette théorie.

M^me^ M... âgée de 37 ans, a été réglée à 13 ans; ses règles, douloureuses, surtout au début, ont toujours été irrégulières et abondantes. L'irrégularité consiste en avances de 8 à 10 jours.

Le sang des règles contient des caillots, quelquefois très nombreux.

Elle a, en dehors des règles, des pertes leucorrhéiques abondantes et continues.

La malade a commencé par faire, à sa première grossesse, une fausse couche de 3 mois 1/2.

Elle a eu ensuite trois enfants, dont le dernier il y a 8 ans. Les trois grossesses à terme ont été très douloureuses pendant les premiers mois.

Les accouchements ont été naturels et faciles.

Mais M^me^ M..... n'a pris, chaque fois, qu'un repos très insuffisant. Après 8 à 9 jours passés au lit, elle a repris, immédiatement après, les occupations et les travaux habituels de son ménage.

La malade, lorsqu'elle se présente à la clinique, se plaint de douleurs vives dans la région des reins, s'irradiant dans le bas-ventre, de sensations de pesanteur avec envies fréquentes d'uriner.

L'appétit est assez bon, les digestions faciles et les selles régulières.

Elle est très nerveuse et sujette à des hallucinations et à des palpitations de cœur, surtout au moment des époques.

Comme diathèse, on trouve des signes manifestes d'arthro-herpétisme.

L'examen digital révèle un col gros, mou à l'extrémité, dur à la base. Dans le cul-de sac antérieur on sent une masse volumineuse, en continuité avec le col et qui n'est autre que le fond de l'utérus antéfléchi, ainsi que le confirme l'examen fait avec la sonde utérine flexible.

Au *speculum*, le col est volumineux et violacé ; il présente un bourrelet de renversement de ses lèvres, sur lesquelles commence à s'étaler la muqueuse du canal cervical.

Le traitement prescrit consiste en frictions sur la région des reins, en injections d'eau chaude et en pansements glycéro-tanniques-iodés.

L'état s'améliore d'une façon notable, la douleur est considérablement diminuée, mais l'organe utérin est encore très volumineux.

Afin d'obtenir une guérison plus prompte en provoquant la régression de l'organe, on propose à la malade une opération d'ignipuncture du col.

Le 9 juin, M. Chéron procède à cette opération.

Cinquante flèches ignées sont introduites successivement dans le col, suivant le procédé et avec les précautions ordinaires que nous avons maintes fois indiquées ici. L'opérée est ramenée chez elle et mise au lit immédiatement.

Applications de glace sur l'abdomen pendant 48 heures, potion bromurée, sulfate de quinine. Elle reste couchée 8 jours.

Je la revois au bout de cette période de repos et je lui fais, moi-même, tous les deux jours, un pansement glycéro-tannique iodé, précédé d'un lavage de la surface cautérisée avec la solution picrique aqueuse à 5/1000.

Tout marche bien, la cicatrisation de la plaie mise à nu par la chute des eschares se fait selon les règles. Mais Mme M.... s'étant livrée, malgré mes recommandations incessantes, à une fatigue exagérée avant la cicatrisation complète, revient en accusant des

douleurs vives dans les côtés de l'abdomen, dans les aines, dans la région lombaire, ainsi que des sensations de constriction de la poitrine et d'étouffements.

Je constate, à l'examen au speculum, que la plaie présente une coloration d'un rouge vif et est entourée d'un cercle violacé. Elle est donc le siège d'une assez vive inflammation. Je fais un pansement et je lui recommande le plus grand repos.

Trois jours après, elle revient ; elle se plaint toujours de maux de reins, d'excitation nerveuse et elle me confie que, d'un tempérament froid et habituellement assez indifférente aux rapports sexuels, depuis quelques jours, elle les désire et les recherche, mais qu'ils sont extrêmement douloureux. Pansement, potion bromurée et bains de siège avec irrigation continue avec l'eau du bain, pendant toute sa durée.

Au bout de quatre jours, je la revois ; elle se trouve toujours à peu près dans le même état.

Je me mets en devoir d introduire le spéculum ; mais à peine l'instrument a-t-il touché l'anneau vulvaire qu'elle pousse un cri et a presque une syncope.

Je veux pratiquer le toucher et je constate que l'introduction de l'index est impossible. Il est arrêté par une contracture considérable du constricteur du vagin.

Immédiatement, je fais remettre la malade sur pieds et j'interroge la sensibilité des apophyses épineuses de la colonne vertébrale.

Je commence par la partie inférieure. Sensibilité à peine perceptible dans la région lointaine, dans la partie inférieure et moyenne de la région dorsale.

Mais, quand j'arrive à la 4me vertèbre dorsale, la douleur est tellement vive que la malade pousse un cri. Cette douleur existe de même au niveau des 3me, 2me et 1re vertèbres de la même région.

Voyant que j'avais affaire à un cas typique de vaginisme d'origine spinale, j'applique, séance tenante, 150 pointes de feu au niveau des vertèbres douloureuses.

Je lui recommande de revenir deux jours après. Elle revient

au jour dit et m'annonce qu'elle se trouve moins nerveuse. Je peux introduire, non seulement le doigt, dans le vagin, mais encore un speculum de petite dimension. La douleur est très supportable.

Je fais un pansement sur le col et j'applique encore 150 pointes de feu que j'intercale entre celles que j'avais faites la première fois.

Trois jours après, troisième application de pointes de feu, après laquelle, je constate, à une nouvelle visite, que l'introduction du speculum de calibre ordinaire est absolument indolore.

La plaie a repris un bon aspect et, depuis ce moment, j'ai continué à soigner la malade sans que jamais ni le toucher, ni l'application du spéculum aient provoqué la moindre sensation douloureuse.

Aujourd'hui, il ne reste plus à cicatriser qu'une petite surface bourgeonnante, à peine de la dimension d'une lentille dont auront promptement raison les pansements précédés de quelques petites saignées des bourgeons.

Dans ce cas de vaginisme, comme dans ceux rapportés par M. Chéron, le rapport entre la constriction du vagin et l'irritation spinale manifestée par les points apophysaires douloureux des quatre premières vertèbres dorsales, est aussi net que possible.

Le point de départ du réflexe a été l'hypéresthésie vulvaire qui s'est développée sous l'influence de l'inflammation de la plaie, résultant de l'ignipuncture du col, inflammation provoquée par l'imprudence de la malade. Cette hypéresthésie qui s'est manifestée avant le spasme musculaire, puisqu'elle provoquait des désirs de coït et rendait les rapports sexuels pénibles, a renvoyé à la moelle l'excitation douloureuse qui a déterminé la contracture réflexe du constricteur du vagin.

INDICATIONS ET CONTRE-INDICATIONS

DE

L'IGNIPUNCTURE DU COL DE L'UTÉRUS

Par le Docteur M. Manuel GONZALEZ

(*Suite et fin.*)

CONTRE-INDICATIONS DE L'IGNIPUNCTURE.

Nous pouvons dire, d'une manière générale, que l'ignipuncture est contre-indiquée toutes les fois qu'on trouve un état d'inflammation aigu, soit du côté de l'utérus, soit du côté de ses annexes, et c'est pour n'avoir pas suivi cette règle générale, ou pour l'avoir méconnue qu'on a vu et qu'on voit très souvent des accidents arriver à la suite d'une cautérisation ignée.

L'ignipuncture est contre-indiquée dans la période inflammatoire de la métrite parenchymateuse ; dans cette période, qui est très douloureuse, le tissu utérin est mou, gorgé de sang ; il y a hypérhémie générale, les vaisseaux sont distendus et entourés par un grand nombre d'éléments embryonnaires ; en pratiquant la cautérisation ignée à cette période, on s'exposerait non seulement à voir l'inflammation se propager au tissu cellulaire périutérin, à la trompe, à l'ovaire et jusqu'au péritoine, mais à avoir des hémorrhagies très abondantes, étant donné l'état des vaisseaux à cette période de la maladie. C'est ce qui est arrivé chez une malade dont M. Rollet rapporte l'observation dans sa thèse inaugurale. M. Rollet accuse le cautère Paquelin d'être la cause de l'hémorrhagie, et il parle de ce fait pour rejeter l'emploi du thermocautère dans la cautérisation du col de l'utérus.

Le cautère actuel aussi bien que n'importe quel cautère aurait déterminé une hémorrhagie dans ce cas, la malade étant dans la première période de la métrite, période de la maladie dans laquelle il faut s'abstenir d'employer l'ignipuncture.

L'ignipuncture est contre-indiquée dans la congestion hémorrhagipare, surtout la congestion récente, celle qu'un mouvement fluxionnaire prononcé précède ou accompagne. Ainsi, on ne doit

pas pratiquer cette opération dans les quelques jours qui précèdent et qui suivent les règles.

Dans la congestion avec ramollissement de l'organe, où il y a injection avec ramollissement du tissu utérin, dilatation de vaisseaux qui forment de véritables sinus ; dans les inflammations péri-utérines, comme sont les adéno-lymphagites péri-utérines, phlegmons, pelvi-péritonites, toutes les fois qu'il existerait une de ces lésions la cautérisation ignée est contre-indiquée. La grossesse est-elle une contre-indication à l'ignipuncture ? Pour M. le professeur Courty, cette opération peut être pratiquée chez les femmes enceintes lorsque l'utérus se trouve affecté d'un de ces états morbides dans lesquels l'ignipuncture est indiquée et il dit que l'on peut la pratiquer depuis la fin du premier mois jusqu'au sixième mois sans crainte de provoquer aucun accident, même l'avortement ; au contraire, dit-il, « un des résultats les plus avantageux de la cautérisation dans ces cas est d'augmenter les chances qui peuvent faire éviter cet accident. » (Courty, *Traité des maladies de l'utérus*). Malgré la grande opinion et la haute valeur du savant professeur de Montpellier, nous pensons avec notre maître, le Dr Chéron, que l'ignipuncture doit être interdite dans la grossesse. L'utérus en la période de grossesse se trouve dans un très grand état de suractivité, et nous voyons qu'il suffit de la moindre cause, la plus simple émotion, le moindre choc, pour provoquer la contraction de l'organe et l'avortement; à plus forte raison nous pensons que l'introduction de la pointe ignée dans le tissu utérin réveille ces contractions et provoque l'avortement : aussi rejetons-nous cette opération n'importe à quelle période de la grossesse.

OBSERVATION I.

MÉTRITE CHRONIQUE AVEC RÉTROVERSION.

Mme M..., 37 ans, réglée à 13 ans ; la menstruation, difficile à s'établir, est toujours restée douloureuse, mais régulière ; les règles survenaient toutes les trois semaines et le flux menstruel était toujours très abondant ; aujourd'hui cette abondance semble diminuer ; le sang affectait la forme de caillots.

A l'époque où Mme M... se présente à la clinique, l'état ci-dessus décrit est le même dans son ensemble, mais le sang des règles

est roussâtre et en dehors des règles la malade perd quelquefois en blanc. Depuis deux ans, elle prend des injections de feuilles de noyer.

Mme M... a d'abord fait une fausse couche, puis elle a eu trois enfants, le dernier il y a huit ans. La fausse couche a eu lieu quarante jours après le moment présumé de la première grossesse. Quant aux trois grossesses, elle ont été très difficiles pendant les cinq premiers mois, s'accompagnant d'aberration du goût, de nausées et de vomissements, etc. A l'âge de 13 ans, époque de sa menstruation, la malade a eu la fièvre typhoïde et depuis cette époque les fonctions digestives n'ont jamais été bien normales.

Les symptômes accusés aujourd'hui (7 avril 1883) par la malade sont les suivants : A la suite d'une grande frayeur éprouvée le lendemain de sa dernière couche, Mme M... est sujette aux hallucinations. La vue se trouble très fréquemment. La malade est devenue nerveuse, elle est prise de palpitations de cœur qui surviennent brusquement, immédiatement avant ou après les époques ; elles sont actuellement très violentes. L'appétit est assez bon, la digestion se fait bien ; il n'y a pas de constipation.

Depuis deux ans la malade porte un pessaire.

A l'examen on trouve tous les signes de la métrite chronique avec rétroversion. Le col utérin présente à la base une très grande dureté.

Le traitement prescrit a consisté en injections chaudes, pansements glycérinés, scarifications, révulsions sédatives sur la région lombo-sacrée et enfin des amers pour réveiller les fonctions de l'estomac.

Après deux mois de traitement préparatoire, notre malade éprouve une sédation notable du côté des organes malades. Dans le but d'arriver à un résultat complet, une opération d'ignipuncture est proposée à Mme M... Le col, qui a légèrement diminué de volume, est violacé et comme recouvert d'une couche d'œdème. La mensuration des cavités utérines et cervicales donne 9 centimètres de longueur. L'organe utérin est encore un peu appliqué sur le plancher vaginal, mais dans les mouvements qu'on lui transmet par la palpation et le toucher on éveille beaucoup moins de sensibilité. L'opération est pratiquée à sa clinique par M. le Dr Chéron, en notre présence et avec le concours de MM

les Drs Fauquez, François, Beslier, etc., de la façon suivante. Une première flèche est introduite à deux centimètres de profondeur dans la partie moyenne de la lèvre antérieure du col. Un courant d'eau est aussitôt dirigé dans le spéculum pour s'opposer à l'échauffement de la partie et à celle du spéculum. Des flèches sont ensuite disposés en arc de cercle, toujours à la même profondeur et toujours avec les mêmes précautions. Trois étages de flèches sont ainsi établis en respectant la périphérie du col et l'orifice cervical, ce qui porte leur nombre à 24.

Deux rangées seulement, d'un nombre total de 13 flèches, sont pratiquées à la lèvre postérieure, cela fait donc en totalité 37 flèches pour le col tout entier.

On pratiqua ensuite un lavage avec la solution antiseptique d'acide picrique et on plaça par-dessus un pansement glycériné. La malade fut ramenée dans son lit et on eut soin de lui placer sur l'hypogastre un sac rempli de glace. Ajoutez à cela une prescription au bromure de potassium et à l'aconit à prendre toutes les deux heures, un cachet de 10 centigrammes de sulfate de quinine avant chaque repas.

Chaque jour les pansements glycérinés sont renouvelés et maintenus sur la plaie, et ce n'est qu'au bout de dix jours que l'on permet à la malade de se lever, alors que l'eschare commence à se détacher.

Après la chute de celle-ci, il reste une surface mamelonnée, rouge, et dans laquelle on pratique des scarifications. Au bout de deux mois de traitement, la cicatrisation est complète, et au cervicimètre, nous trouvons un col diminué transversalement de volume de 6 millimètres. Quant à la longueur des cavités utérines et cervicales, elle est descendue à 8 centimètres, ce qui fait nettement comprendre la diminution considérable de volume de l'organe utérin, qu'un pessaire en anneau, employé par mesure de précaution, maintient aujourd'hui dans sa position normale.

En résumé, Mme M... se félicite d'avoir accepté cette opération et elle dit combien est heureux et complet le résultat obtenu, car elle n'éprouve aucune souffrance; la santé générale s'est rapidement améliorée et notre malade supporte aujourd'hui le travail, comme elle ne l'avait fait depuis huit ans.

OBSERVATION II.

RÉGRESSION INCOMPLÈTE DU CORPS DE L'UTÉRUS AVEC HYPERTROPHIE CONSIDÉRABLE DU COL.

Mme R..., 25 ans, fut réglée à 16 ans, irrégulièrement jusqu'à 17 ans 1/2, époque du mariage. La menstruation devint régulière depuis ; pertes normales de trois jours de durée. Jamais de pertes blanches.

La malade a eu un enfant il y a cinq ans. Elle a fait deux fausses couches, une de six mois il y a trois ans et demi ; l'autre de trois mois et demi il y a deux ans. L'accouchement a été long et douloureux, sans présenter toutefois rien d'anormal ; l'accouchée est restée neuf jours au lit avant de reprendre les travaux habituels. La première fausse couche de six mois a été également longue et douloureuse, et le repos toujours insuffisant.

A la suite de la deuxième fausse couche, il est survenu de fortes hémorrhagies pendant une durée de quinze jours. Malgré cela, Mme R... se levait pour se livrer à ses occupations.

Depuis cette époque, notre malade a commencé à souffrir de douleurs vives dans la région des reins et dans le ventre; la marche est cependant restée facile.

Les digestions sont bonnes, les selles régulières, mais l'appétit est nul. La malade éprouve des battements de cœur en montant l'escalier, elle est devenue nerveuse et impressionnable. elle est sujette aux douleurs rhumatismales, elle a eu des varices pendant les grossesses, et enfin il y a chez cette malade des manifestations herpétiques.

L'examen complet de la malade permet de reconnaître qu'on est en présence d'une régresssion incomplète du corps de l'utérus avec hypertrophie considérable du col.

Avant de songer à faire usage de l'ignipuncture profonde pour amener la régression complète de l'organe, la première indication à remplir était de relever les forces de la malade, et au point de vue local de décongestionner l'appareil utéro-ovarien. Comme pour la malade précédente, on fit usage dans ce but de pansements glycérinés, de scarifications, de frictions sur les reins avec un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool camphré, et enfin

on donne à la malade des toniques amers et de la liqueur de Fowler.

Au bout de trois mois environ la situation générale s'était grandement améliorée, et au point de vue local l'état était satisfaisant ; les pansements glycérinés, pratiqués tous les deux jours pendant ce laps de temps, avaient décongestionné d'une façon très notable l'appareil utéro-ovarien. Les quantités d'eau perdue après chaque pansement avaient été considérables, de l'aveu de la malade.

C'est dans ces conditions excellentes que, pour déterminer une guérison complète, en ramenant davantage sur eux-mêmes la matrice et le col utérin hypertrophié, on proposa à Mme R. d'employer l'ignipuncture.

L'opération eut lieu à la clinique du Dr Chéron et fut exécutée de la même manière que pour la malade de notre première observation. Toutefois, en raison de la masse énorme du col hypertrophié, le nombre des flèches fut porté jusqu'à soixante.

Après l'opération, la malade resta au lit quinze jours, pendant lesquels on fit le traitement déjà décrit. Au début, glace sur l'hypogastre, sulfate de quinine, bromure de potassium et aconit ; pansements glycérinés, etc. Au bout de ce temps la malade se lève et peut vaquer sans fatigue à ses occupations.

Nous l'avons revue à la clinique, trois mois environ après l'opération d'ignipuncture. L'état général était bon ; l'appétit était revenu et la névralgie lombo-abdominale, sans avoir complètement disparu, ne se faisait sentir que par intermittence (la malade continuait ses frictions sur les reins). A l'examen, on trouve un col rouge, très notablement diminué de largeur, et l'hystéromètre, qui au début de la maladie donnait 9 centimètres 1/2 pour la longueur des cavités du col et du corps de l'utérus, n'accuse plus aujourd'hui que 8 centimètres à peine.

(8 décembre 1883.)

OBSERVATION III.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE.

Mme Rochez, 35 ans, a été réglée à 11 ans, toujours régulièrement ; elle est peu sujette aux pertes blanches. Elle a fait une fausse couche il y a dix ans et, depuis, elle n'a pas eu d'autre

grossesse. Après cette fausse couche qui a eu lieu à 2 mois 1/2, la malade est restée huit jours au lit et a repris ensuite ses occupations habituelles.

Depuis cette époque, Mme Rochez éprouve des douleurs dans le ventre ; ces douleurs sont particulièrement violentes sur le devant des cuisses. Les règles viennent toujours aux époques voulues, mais elles sont extrêmement douloureuses ; les grandes souffrances commencent avec l'apparition du flux sanguin et s'apai sent après sa terminaison ; le sang est généralement clair, et il semble contenir quelques petits lambeaux qui ne s'écrasent pas sous la pression des doigts.

L'appétit est capricieux, mais les digestions sont bonnes ; la constipation est opiniâtre. En marchant et montant l'escalier la malade éprouve quelques battements de cœur ; elle est devenue très nerveuse et très impressionnable.

Mme Rochez est sujette aux douleurs rhumatismales ; il y a trois ans, elle a eu une crise sérieuse qui a duré environ six mois.

Il existe des manifestations herpétiques.

La malade était sujette aux maux d'yeux, étant enfant ; elle a conservé une grande sensibilité pour la lumière.

L'examen nous donne les résultats suivants :

Au toucher, on trouve un col dur et douloureux, l'utérus est peu mobile.

Au spéculum, on constate qu'il existe des granulations sur le col et qu'il y a en outre un catarrhe assez abondant.

Le diagnostic porté est celui de métrite parenchymateuse chronique d'origine arthritique.

Le traitement qui fut institué a visé trois indications : l'état local, l'état spinal et l'état général.

Le traitement local a consisté en pansements glycérinés pratiqués tous les deux jours pendant plus de trois mois ; en injections quotidiennes avec de l'eau de guimauve et de pavot.

On a traité l'état de la moelle par des frictions sédatives sur la région des reins, avec un mélange de chloroforme, d'éther et d'alcool camphré.

Enfin, le traitement général s'est résumé dans l'emploi des purgatifs, de l'arséniate de soude et des bains sulfureux.

Ce traitement préparatoire a été continué pendant trois mois et demi environ, époque à laquelle une opération d'ignipuncture

fut proposée à la malade. A ce moment l'état général s'était très notablement amélioré, l'impressionnabilité était moins grande, la constipation, facile à s'établir, était d'ailleurs facilement combattue par les moyens appropriés.

L'examen des organes permet de constater une mobilité plus grande du corps de l'utérus, et le catarrhe du col a en partie disparu.

L'opération d'ignipuncture profonde fut pratiquée à la clinique du Dr Chéron vers la fin du mois de décembre 1883. 40 flèches furent pratiquées.

Je n'entrerai point à nouveau dans les détails de l'opération et du traitement postérieurs et que j'ai décrits dans les deux précédentes observations. Il m'a été donné de revoir Mme Rochez quatre mois environ après l'opération, et voici dans quel état se trouvait cette malade :

Les forces sont en grande partie revenues.

La malade n'éprouve aucune fatigue à se livrer à ses occupations quotidiennes ; la constipation est devenue rare, et comme je le disais plus haut, il est facile d'y remédier.

Les règles ne sont plus douloureuses.

Il est d'ailleurs recommandé à la malade de continuer l'usage de ses frictions.

Enfin, l'examen de l'appareil utéro-ovarien fait constater une diminution très considérable dans la longueur du corps et du col de l'utérus. Ce dernier est moins lourd, plus mobile ; le col a également diminué de volume et le toucher n'en est pas douloureux.

La malade est enchantée du résultat de l'opération, d'autant plus que depuis près de dix ans elle n'avait encore trouvé aucun soulagement à ses souffrances.

(Décembre 1883.)

OBSERVATION IV.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE. IGNIPUNCTURE. GUÉRISON.

(Thèse de Caron, obs. II, résumée.)

Mme G..., âgée de 25 ans, modiste, vient consulter le Dr Gallard le 13 février 1880. Réglée à 15 ans. Il y a sept mois elle ac-

couchait pour la première fois, l'accouchement dura onze heures, mais il se termina naturellement. Elle se leva le troisième jour et eut une hémorrhagie qui se renouvela le lendemain. Elle garda le lit pendant huit jours, époque à laquelle elle se lève de nouveau et vaque à ses occupations ; souffrait toujours dans le ventre. Les règles ne reviennent que sept semaines après l'accouchement accompagnées de vives douleurs. Depuis lors elle n'a été réglée que deux fois et toujours avec de vives douleurs. Douleur continuelle dans le ventre s'irradiant dans la fosse iliaque droite et les cuisses. Pertes blanches.

Examen. — Au toucher : col gros, surface dépolie, rugueuse. Ulcération sur le contour du col. Les culs-de-sac sont souples et libres.

Le col mesure dans son diamètre antéro-postérieur 40 mm., dans son diamètre transverse 28.

On fait 4 piqûres avec le thermocautère sur la lèvre antérieure et 4 sur la postérieure. Le 18 février les eschares ne sont pas tombées. Le col est moins rouge et diminue de volume ; il mesure : diamètre antéro-postérieur 34 mm., transverse 28.

Le 5 février l'écoulement purulent diminue, les douleurs ont presque disparu ; la malade a eu ses règles le 20 et elles ont été moins douloureuses.

19 mars. Amélioration très sensible, col beaucoup moins volumineux, est d'un rose pâle et plus ferme.

11 mai. La malade est guérie, elle vient de voir ses règles et n'a pas souffert. Le col présente quatre à cinq dépressions étoilées. Il n'y a plus d'écoulement catarrhal.

OBSERVATION V.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE. IGNIPUNCTURE.

(Thèse de Caron, obs. V, résumée.)

La nommée Dul..., âgée de 29 ans, couturière, entre le 18 mars 1881 dans le service de M. Gallard, à la Pitié. Règles à 13 ans ; bien portante jusqu'à la fin de sa quatrième grossesse (1874). Douleur dans la région hypogastrique, flueurs blanches.

Examen. — Utérus augmenté de volume. Toucher pas doulou-

reux, culs-de-sac libres, col volumineux avec une ulcération; coloration de l'organe rouge violacé. On soumet la malade à un traitement général tonique, on lui fait garder le lit, et, vers le milieu du mois d'avril, M. Gallard lui fait avec la pointe du thermocautère 8 à 10 piqûres sur le col. Il n'eut pas d'accidents, et quinze jours après chaque pointe avait donné lieu à une eschare qui, en s'éliminant, avait produit une ulcération qui bientôt se cicatrise et le col revient bientôt à son état normal.

OBSERVATION VI.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE. IGNIPUNCTURE. GUÉRISON

Mme G..., 34 ans (clinique du Dr Chéron, 15 octobre 1880), a été régulièrement réglée dès l'âge de 15 ans, mais avec de nombreuses pertes blanches.

Un enfant il y a onze ans, accouchement facile. Elle se plaint depuis son accouchement de douleurs dans les reins, dans le ventre et devant les cuisses; appétit capricieux, digestion lente et constipation continuelle. Maux de tête fréquents, nerveuse et impressionnable; battements de cœur en montant l'escalier, quelques douleurs rhumatismales de temps en temps. Sensation de pesanteur dans le bas-ventre, envies fréquentes d'uriner. Marche fatigante.

Examen local. — Col gros renversé en arrière, frottant sur le plancher. Ectropion des lèvres du col et trace d'une ancienne ulcération. Orifice externe et canal cervical béant. On sent dans le cul-de-sac postérieur une masse dure qui est le corps de l'utérus développé dans sa paroi postérieure et rétrofléchi. La sonde utérine franchit l'isthme et pénètre en l'inclinant en arrière.

Diagnostic. — Métrite parenchymateuse chronique. Rétroflexion. La malade est soumise aux pansements glycérinés d'une façon régulière pendant un mois.

4 février. Ignipuncture du col, pansements glycérinés; suppuration pendant deux mois, dispartion des accidents; utérus notablement diminué de volume et en grande partie redressé.

OBSERVATION VII.

RÉTROFLEXION PAR ARRÊT DE RÉGRESSION UTÉRINE. IGNIPUNCTURE. GUÉRISON.

(Thèse de Dubois.)

Mme Lej..., 27 ans, coiffeuse, se présente à la clinique du Dr Chéron le 17 juin 1880. Réglée à 14 ans, toujours assez régulièrement, sujette à des pertes blanches. Trois enfants à intervalles très rapprochés, le dernier il y a trois ans. Couches faciles ; peu de repos après, lever au sixième jour. Douleurs de reins violentes au moment des époques, bon appétit, bonne digestion, constipation, envies fréquentes d'uriner.

Examen local. — Dans le cul-de-sac latéral droit et un peu en arrière masse dure et ronde faisant corps avec la matrice ; l'utérus latéro-rétrofléchi. La sonde utérine est arrêtée à l'isthme, elle le franchit en se courbant à droite et en arrière. La malade est soumise à un traitement local au moyen des pansements glycérinés pendant un mois, ainsi qu'à un traitement général.

Opération le 25 juillet, suppuration prolongée jusqu'au mois de novembre. Guérison à peu près complète.

OBSERVATION VIII.

RÉTROFLEXION, SUITE DE LEVER ET DE FATIGUE APRÈS LES COUCHES. TRAITEMENT PAR LA SUPPURATION DU COL AU MOYEN DE L'IGNIPUNCTURE. GUÉRISON.

Mme Q..., 28 ans, couturière (clinique du Dr Chéron, 24 mars 1880). Réglée à 12 ans et 1/2 environ, assez régulièrement et peu abondamment. Sujette aux pertes blanches. Un enfant il y a quatre ans et demi. Accouchement facile. Levée au bout de sept jours, la malade a repris ses occupations et son travail habituel. Depuis, douleurs violentes dans les reins s'irradiant jusque dans le ventre. Marche pénible et station debout de même. Peu d'appétit, digestion lente et difficile. Constipation opiniâtre, envies fréquentes d'uriner. Nerveuse et impressionnable. Sujette aux hémorrhoïdes, battements de cœur.

Examen. — Ulcération de forme papillaire, dilatation muqueuse du col. Utérus rétrofléchi diagnostiqué par le cathétérisme. Adéno-lymphangite accompagnant la rétroflexion dans le cul-de-sac latéral gauche.

Traitement. — La malade est soumise aux pansements à la glycérine d'une façon régulière, 16 pansements ont été pratiqués. Sous l'influence de ce traitement les culs-de-sac se dégorgent et l'utérus, devenu beaucoup plus libre, est facile à déplacer.

Le 15 mai on pratique l'ignipuncture, vingt flèches sont implantées sur le col. Suppuration prolongée jusqu'au mois de juillet. Sous l'influence de la suppuration, l'utérus se réduit de plus en plus, et après un mois d'un traitement suivi, l'angle de flexion observé à ce moment représente à peu près un angle de 30°. Celui du début était au moins un angle droit.

OBSERVATION IX.

RÉTROFLEXION PAR ARRÊT DE RÉGRESSION CHEZ UNE HERPÉTIQUE.

(Résumée.)

Mme Ch., 40 ans, couturière à la machine, se présente à la clinique le 30 juillet 1880. Réglée à 10 ans 1/2, toujours régulièrement. Sujette à pertes blanches, 4 enfants, le dernier il y a deux ans, accouchements faciles. Depuis le dernier, maux de reins violents s'irradiant dans l'abdomen et sur le devant des cuisses. Pesanteur au moment des époques dans le fondement. Bon appétit, digestion lente, constipation continuelle. Manifestations herpétiques.

Toucher. — Corps dur en arrière, faisant corps avec la matrice, col court, entr'ouvert. Diagnostic : rétroflexion.

Speculum. — Congestion utérine interne et externe. La sonde de Sims pénètre avec la courbure en arrière. Le toucher debout justifie le diagnostic.

Traitement habituel. — Pansements glycérinés. Amélioration de l'état général et disparition de la congestion.

Le 3 septembre opération de l'ignipuncture. La suppuration est entretenue pendant trois mois. Sous l'influence de ce traitement le corps de l'utérus se relève en totalité.

OBSERVATION X.

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE A LA PREMIÈRE PÉRIODE, AVEC ULCÉRATION DU COL, TRAITÉE PAR L'IGNIPUNCTURE DU COL. GUÉRISION (CLINIQUE DU 2 AOUT 1882).

Mme M..., âgée de 30 ans, couturière, réglée à 17 ans, très irrégulièrement de tout temps.

Sujette, depuis son mariage, aux pertes leucorrhéiques. Elle a eu un enfant il y a cinq ans. Accouchement long et laborieux. Malgré un repos prolongé de trois semaines, la malade a toujours souffert depuis. Elle éprouve des douleurs dans la région des reins, sur les parties latérales de l'abdomen, et sur le devant des cuisses. Ces douleurs n'ont fait que s'aggraver depuis deux ans et demi et sont devenues très pénibles.

Marche difficile et fatigante, station debout également fatigante. Sentiment de pesanteur dans le petit bassin et des envies fréquentes d'uriner. Appétit bon et régulier; fréquents maux de tête.

Manifestation de la diathèse herpétique. Le palper abdominal révèle l'augmentation de volume de l'utérus qui se présente sous la main comme une masse arrondie remontant à trois doigts et demi au-dessus du pubis. Le pincement de la peau de l'abdomen est très douloureux pour la malade et la pression au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur la crête iliaque, de même que sur les apophyses épineuses de la colonne vertébrale, dans la région sacro-lombaire, provoque de vives douleurs, preuves évidentes de l'existence de la névralgie lombo-abdominale.

Au toucher, on sent un col volumineux, tuméfié, mou à l'extrémité, dur à la base et donnant au doigt une sensation toute spéciale qui peut permettre de dire, presque à coup sûr, qu'on va se trouver en présence d'une ulcération du col.

Au speculum. Teinte violacée du col qui est gros et tuméfié et présente les caractères de la métrite parenchymateuse chronique à la fin de la première période. Le toucher debout permet de constater un abaissement assez sensible de l'organe et un commencement de rétroflexion de l'utérus qu'il est absolument nécessaire d'enrayer dans sa marche.

On soumet la malade aux pansements décongestionnants pen-

dant quinze jours, afin de préparer l'utérus à subir l'opération d'ignipuncture.

18 août. Opération au moyen du thermocautère Paquelin. M. Chéron fait autour du col de seize à vingt points de cautérisation de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres, ayant soin de respecter l'orifice du canal cervical, afin d'éviter la formation d'adhérences. L'opération se termine par un lavage de la surface cautérisée à l'acide picrique, solution aqueuse à 1 pour 100, suivi d'un pansement glycériné.

La malade est placée sur un lit. Elle déclare avoir à peine souffert. On prescrit le repos au lit pendant huit jours et la potion suivante à prendre par cuillerée à bouche toutes les trois heures.

Bromure de potassium............	4 grammes.
Teinture d'aconit..................	1 —
Julep gommeux....................	150 —

Prendre un cachet avant chaque repas de :

Sulfate de quinine..................	1 gramme.
En dix cachets.	

Application, pendant quarante-huit heures, sur l'abdomen, de glace dans une vessie à renouveler toutes les cinq à six heures.

On lui fait tous les deux jours des pansements glycérinés et des lavages à l'acide picrique en solution aqueuse.

Les eschares se détachent le douzième jour et la suppuration s'étend et est entretenue pendant deux mois, époque à laquelle elle se tarit et on voit le col diminuer de volume et tous les symptômes de la métrite ont disparu.

OBSERVATION XI

MÉTRITE PARENCHYMATEUSE CHRONIQUE A LA SECONDE PÉRIODE. IGNIPUNCTURE. GUÉRISON.

La nommée Ant... entre le 10 avril dans le service du Dr Gallard à la Pitié. Agée de 42 ans. Depuis sa dernière grossesse qui a eu lieu il y a dix ans, elle souffre toujours dans le ventre. Mal réglée depuis plusieurs années ; il y a trois mois qu'elle l'a été pour la dernière fois. Pesanteur dans le périnée. Marche difficile. Examen au toucher : col gros, dur et non ulcéré. Dans le cul-de-

sac postérieur, une tumeur séparée du col par un sillon, mais se continuant avec lui, c'est le corps en rétroflexion,

Au spéculum. Col gros, pâle, dur, un hystéromètre pénètre difficilement à 9 centimètres 1/2.

11 mai. Application de 7 pointes de feu sur le col; repos au lit; injection émolliente; cataplasmes sur le ventre.

7 juin. Les eschares sont tombées, ulcération rosée, col moins dur, plus rouge, écoulement purulent assez abondant.

Le 25. On applique 5 pointes de feu.

20 juillet. Col sensiblement diminué de volume, rouge.

29 septembre. Toutes les ulcérations sont cicatrisées, le corps est petit, le corps est moins volumineux, la douleur et la pesanteur ont disparu et la malade quitte le service.

CONCLUSIONS

De ce qui précède nous croyons pouvoir déduire les conclusions suivantes :

I. — L'ignipuncture du col de l'utérus est une opération simple, inoffensive, qui ne doit jamais provoquer d'accidents à la suite de son application, quand celle-ci se fait opportunément et avec les précautions que nous venons d'énumérer.

II. — L'ignipuncture peut être pratiquée soit avec le thermocautère Paquelin, soit avec le simple cautère à boule, avec le galvanocautère. Les flèches ignées doivent être pratiquées dans une profondeur qui variera entre 1 centimètre 1/2 et 2 centimètres 1/2, parallèlement à l'axe de la cavité cervicale. Le nombre de piqûres variera entre 18, 20, 60 et même 80, selon l'étendue de la lésion.

III. — Les principaux résultats obtenus par l'ignipuncture sont les suivants : diminution et disparition rapide de la névralgie lombo-sacrée ; changement de coloration du col qui reprend la teinte rose pâle ; diminution notable du volume de l'organe ; redressement ; régularisation de la fonction menstruelle dans les cas où elle était troublée.

IV. — L'ignipuncture est indiquée : 1° dans la fin de la première période de la métrite chronique parenchymateuse ou mu-

queuse avec ou sans ulcération ; 2° dans toute la seconde période de la même maladie ; 3° dans l'engorgement de l'utérus avec augmentation de poids et de volume de l'organe ; 4° dans la régression incomplète avec ou sans métrite, avec rétro ou antéflexion ; 5° dans l'hypertrophie récente du col utérin.

V. — L'ignipuncture est contre-indiquée : 1° au commencement de la première période de la métrite parenchymateuse, période très douloureuse ; 2° dans la congestion hémorrhagipare, ainsi que dans la congestion passive avec ramollissement de l'organe ; 3° dans les inflammations péri-utérines ou dans une inflammation des ovaires ou des trompes, ou encore, s'il y avait grossesse, il faudrait s'abstenir de l'application de l'ignipuncture.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

CONGRÈS INTERNATIONAL DES SCIENCES MÉDICALES

Tenu à Copenhague du 11 *au* 16 *août* 1884.

TRAITEMENT DES FIBRO-MYÔMES UTÉRINS PAR LA LAPAROTOMIE.

(Prof. *Kœberlé,* de Strasbourg).

Les procédés et les indications opératoires des fibro-myômes de la matrice sont jusqu'à présent très controversés. Les indications résultent : 1° de la gravité de l'état de la malade, par suite des hémorrhagies cataméniales excessives et prolongées et par suite de l'accroissement rapide et continu de la tumeur ; 2° de l'âge relatif de la malade, plus ou moins éloigné de la ménopause ; 3° du siège de la tumeur ; 4° de circonstances particulières, lorsque les tumeurs rendent la vie insupportable aux malades par la gêne, par les accidents et par les infirmités qu'elles occasionnent.

L'opération est contre-indiquée lorsqu'il existe des adhérences vasculaires étendues à la paroi abdominale ou lorsque la tumeur est inopérable par suite de connexions trop étendues ; lorsqu'elle est enclavée dans l'excavation pelvienne ; lorsqu'il existe un épanchement ascitique qui tend à augmenter et à se repro-

duire rapidement ; lorsqu'il existe une affection concomitante incurable ou des circonstances qui peuvent influer d'une manière défavorable sur la guérison. Le procédé opératoire varie suivant le siège et le volume de la tumeur. Les fibro-myômes utérins doivent être opérés par la voie vaginale dans les cas où ils forment une saillie plus ou moins prononcée dans la cavité utérine et vers le vagin, lorsque la largeur du canal génital permet de les extraire ainsi. Les fibro-myômes proéminant dans la cavité utérine, inopérables par le canal génital, ainsi que les tumeurs interstielles et sous-péritonéales sont susceptibles d'être opérés en pratiquant la laparotomie. L'hystérotomie et l'hystérectomie sont des opérations qui donnent des résultats très favorables lorsque les tumeurs sont développées dans le corps de l'utérus ; mais lorsque les tumeurs sont développées dans les téguments larges et enclavés dans l'excavation pelvienne, l'opération est d'une difficulté et d'une gravité excessives. — Quant au morcellement et à l'énucléation des fibromes intrapelviens, ce sont des opérations très aléatoires, tant au point de vue des résultats immédiats que des résultats à distance.

(*Revue Médicale.*)

L'OVARIOTOMIE PRÉCOCE

(Dr J. Knowsley Thornton)

Dans cette communication, l'auteur établit un parallèle entre la ponction aspiratrice et l'ovariotomie d'une part, et d'autre part entre l'ovariotomie tardive et l'ovariotomie précoce. Il se prononce franchement en faveur de cette dernière. Si Spencer Wells, Keither, Gaillard, Thomas sont partisans de la ponction, Gross, Emmet et Lawson Taits s'élèvent hautement contre cette pratique. L'incision exploratrice est préférable comme moins dangereuse dans les cas douteux. On doit, en ce cas, rejeter la ponction comme imprudente. Shilling va même jusqu'à la qualifier de criminelle.

Pour Knowsley Thornton, l'ovariotomie précoce consiste à enlever les kystes de l'ovaire, dès qu'ils sont assez développés pour remonter dans la cavité abdominale et en distendre la

paroi. Les dangers que fait courir la temporisation sont les suivants : l'altération du péritoine, soit par l'évacuation dans l'enveloppe séreuse du contenu des kystes, soit par la production d'adhérences ; la torsion du pédicule. D'après les statistiques actuelles, on peut dire que l'ovariotomie précoce donne une proportion de 95 guérisons pour 100, tandis que sur 400 ovariotomies tardives, toutes pratiquées par lui, l'auteur a rencontré 40 cas dans lesquels il y avait eu évacuation du kyste dans le péritoine et 34 cas de torsion du pédicule. M. Knowsley Thornton conclut en disant qu'on devra attendre de l'ovariotomie des résultats d'autant plus brillants qu'on la pratiquera plus tôt. Il condamne absolument l'ovariotomie par la voie vaginale, ainsi que les ponctions tant exploratrices qu'évacuatrices des kystes de l'ovaire.

(*Revue Médicale.*)

DE L'ADÉNO-LYMPHITE UTÉRINE.

M. le Dr Martineau fait une communication sur le rôle joué par l'adéno-lymphite utérine dans le développement des accidents dits péri-utérins et du rôle que cette affection joue par rapport au traitement de la métrite : l'adéno-lymphite utérine et périutérine est intimement liée à l'inflammation utérine. La métrite aiguë ou chronique ne peut exister sans que le système lymphatique utérin et péri-utérin participe à l'inflammation du tissu utérin. L'adéno-lymphite péri-utérine est l'origine des accidents inflammatoires dits péri-utérins, tel que le phlegmon du ligament large, le phlegmon péri-utérin, la périmétrite, la pelvi-péritonite. La désignation de ces accidents par les noms d'adéno-phlegmons du ligament large, d'adéno-phlegmons péri-utérins, d'adéno-pelvi-péritonite est celle qui leur convient, puisqu'elle rappelle leur origine, leur pathogénie. L'adéno-lymphite périutérine étant adéquate à l'inflammation utérine, toute cause qui aura pour but d'accroître cette inflammation, aura pour conséquence d'augmenter l'adéno-lymphite péri-utérine et de produire les accidents dont elle est l'origine. L'adéno-lymphite, alors qu'il s'agit d'instituer le traitement local, le traitement des lésions de la mérite, constitue l'indication et

la contre-indication de ce traitement, ainsi que du traitement pathogénique et nosologique pouvant produire une excitation de l'inflammation utérine.

(*Revue Médicale.*)

LES LATÉRO-POSITIONS CONGÉNITALES DE L'UTÉRUS DANS LEURS RELATIONS AVEC LE MÉCANISME DE L'ACCOUCHEMENT ET LES TUMEURS PÉRI-UTÉRINES.

(Prof. Lazarewitch, de Kharkoff.)

Les latéro-positions congénitales de la matrice sont fréquentes, particulièrement celles dans lesquelles elle est portée en totalité vers la gauche. Elles diffèrent complètement des latéro-positions accidentelles qui sont dues au refoulement latéral de l'organe par des tumeurs occupant le petit bassin. Elles sont dues à un défaut de développement du ligament large ou de la paroi latérale du vagin. Ces positions anormales ne peuvent être modifiées, pas plus par le développement de tumeurs de voisinage que par le fait de la grossesse.

Les déformations du vagin qui accompagnent ces latéro-positions, consistent dans l'inégalité des deux culs-de-sac latéraux. Le cul-de-sac recto-utérin prend une forme oblique et asymétrique : l'ovaire correspondant au côté large de ce cul-de-sac descend beaucoup plus bas que l'ovaire du côté rétréci. Ce dernier s'élève au-dessus du détroit supérieur ; la conséquence de cette inégalité de niveau entre les deux organes, lorsqu'il y a kyste de l'ovaire, est une inégalité dans la longueur du prédicule : à un kyste de l'ovaire dépendant du côté élargi du cul-de-sac postérieur, correspondra un pédicule très allongé et inversement pour un kyste du côté opposé. Ainsi, d'après la position latérale de la matrice, quand on saura à quel ovaire appartient le kyste, on pourra juger à coup sûr la longueur du pédicule. Les latéro-positions congénitales de la matrice ne peuvent être traitées avec fruit par l'usage des pessaires, par suite de l'inégalité de longueur des parois latérales et de hauteur des culs-de-sac vaginaux. Pendant la grossesse, l'utérus déplacé en latéro-position ne change pas

la direction de son axe ; mais il change de forme et son segment inférieur se dilate excentriquement vers le côté du bassin opposé à celui vers lequel l'utérus se trouve dévié.

Au moment de l'accouchement, il est impossible de remédier à la situation vicieuse de la matrice, comme on peut le faire par exemple, dans les latéro-versions, en plaçant la femme dans une position convenable. L'orifice du col, au moment de la dilatation, aura une situation excentrique, mais l'accoucheur obviera facilement à cet inconvénient en introduisant le doigt dans le col de l'utérus et en l'attirant vers le milieu du bassin.

(*Revue médicale.*)

DISCUSSION SUR L'OPÉRATION CÉSARIENNE ET SES MODIFICATIONS

(P. Müller, de Berne.)

Les dangers principaux de l'opération césarienne sont l'hémorrhagie et la septicémie. L'ancienne opération donnait une mortalité de plus de 80 % ; mais avec les progrès de la chirurgie abdominale, elle s'est améliorée ; aujourd'hui deux grands procédés opératoires sont en présence pour pratiquer l'opération césarienne : la méthode radicale et la méthode conservatrice.

Pour la première, on enlève totalement l'utérus en supprimant à la fois la source des hémorrhagies et de l'infection ; par la seconde, on conserve l'utérus, mais en traitant la plaie avec les précautions antiseptiques les plus rigoureuses.

La méthode radicale a donné jusqu'ici une proportion de guérisons de 50 %. Quant à l'autre, elle a été encore trop peu pratiquée jusqu'ici, dans les conditions voulues, pour qu'on puisse donner une statistique suffisante pour en faire apprécier la valeur.

M. Eustache, de Lille, répond que la proportion de mortalité pour les deux procédés est la même, c'est-à-dire de 55 %. Il penche en faveur de la méthode conservatrice et s'appuie, pour cette préférence, sur ce que la santé des femmes qui ont subi l'opération de Porro reste souvent mauvaise, et sur ce point, dans ces derniers temps, il a vu réussir le procédé opératoire

conservateur entre ses mains et celles de M. Clounadelle, de Vannes.

M. Sænger, de Leipzig, expose la modification qu'il a apportée à l'opération césarienne ; tout consiste, selon lui, à bien affronter les deux lèvres de la plaie utérine, séreuse à séreuse, de telle façon que toute ablation partielle du tissu musculaire devienne inutile. Il a mis cette méthode en œuvre quatre fois jusqu'ici. M. Léopold l'a employée trois fois avec trois guérisons. M. Beumer une seule fois; la malade a succombé à une pyélonéphrite ancienne.

M. Sænger ne rejette pas totalement l'opération de Porro ; elle s'impose, selon lui, dans les indications suivantes : 1° sténose et atrésie du col et du vagin ; 2° tumeurs du bassin obturant le canal pelvi-génital ; 3° grossesse dans un des coins d'un utérus bifide (Sænger a opéré un cas de la sorte avec succès) ; 4° ostéo-malacie ; 5° opération césarienne antécédente. Martin a ajouté une 6e indication : quand il y a dangers tout spéciaux d'infection puerpérale, pour la mère, par la pratique de l'opération césarienne ordinaire.

M. Léopold, de Dresde, prend la parole pour confirmer ce qu'a dit M. Sænger. Ses trois opérées, ainsi que les enfants ont guéri et sont à l'heure actuelle en parfait état de santé. Chez la seconde de ses opérées, il survint cependant une forte hémorrhagie, le 8e jour, par suite de la résorption précoce d'une suture.

M. Lazarewitch, de Kharkoff, préconise l'ablation de lames de tissus utérins, suivant l'épaisseur de la paroi, pour permettre un affrontement plus intime des deux lèvres de la plaie.

M. Léopold Meyer, de Copenhague, s'étonne de ne pas voir accorder la préférence à la laparo-élythrotomie, nommée par les Américains, opération de Thomas.

Sous tous les rapports, c'est une opération facile, et elle a donné jusqu'ici de très bons résultats.

M. Breisky, de Prague, considère que les statistiques sur lesquelles se base l'appréciation de ces méthodes sont trop faibles. La supériorité reste donc, selon lui, à l'opération de Porro. Cependant, il pense qu'il est des cas spécieux où l'ancienne opération césarienne est indiquée et, en ce cas, il recourra volontiers au procédé de Sænger. (*Revue Médicale.*)

REVUE DE LA PRESSE

CARDIOPATHIE DE LA MÉNOPAUSE

Par le Dr Clément.

(*Lyon Médical*, 3 et 10 août 1884.)

Sous ce titre, l'auteur signale un ensemble de troubles morbides se reproduisant toujours identiques à eux-mêmes, chez les malades qui n'offraient qu'une seule particularité semblable, *la ménopause.*

La seconde catégorie, au contraire, comprend des cas où les signes physiques d'une lésion valvulaire sont évidents, mais qui se relient aux précédents, en ce que les troubles fonctionnels apparaissent pour la première fois à la période de la ménopause et sous l'influence directe de celle-ci.

L'auteur étudie surtout les cas de la première catégorie. Ils sont caractérisés par les malaises vagues, indéfinis, la diminution du pouls et l'apparition de palpitations, puis de lypothymies, de l'angoisse et de l'essoufflement dans la marche rapide ; enfin les accidents vont en augmentant, le pouls devient faible, inégal et extrêmement fréquent.

L'impulsion cardiaque est un peu exagérée, le rythme est tantôt régulier, tantôt inégal, sans rémissions. Les claquements valvulaires sont nets, sans dédoublement, sans bruit anormal. La percussion ne permet de constater ni accroissement du diamètre de l'organe, ni déplacement de la pointe. Pas de gonflement des jugulaires, pas de pouls veineux. Mais, dans certains cas, il y a des battements épigastriques peu intenses et s'accompagnant de ce sentiment de tension et de douleur à l'épigastre, si fréquent chez les cardiaques et les emphysémateux. On peut à la rigueur attribuer ces signes à un faible degré de dilatation du ventricule droit.

L'œdème des membres inférieurs n'apparaît qu'après trois ou quatre accès d'asystolie, et il reste toujours très limité et peu prononcé ; jamais il ne dépasse le tiers inférieur de la jambe. Rien du côté des poumons.

Le rythme respiratoire est seulement accéléré comme le rythme du

cœur. La dypsnée est exclusivement d'origine cardiaque. Pas de cyanose. Pas de dilatations veineuses périphériques. Il semble que les vaso-constricteurs sont excités, et qu'il y a un spasme général des artérioles. Il existe du côté des parois abdominales une infiltration limitée à la région hypogastrique, alors même que les malléoles sont à peine œdématiées. Chez toutes les malades la face est pâle, décolorée, ce qui semble tenir à une constriction des vaso-moteurs, qui, pour l'auteur, jouent un rôle important dans la pathogénie de cette affection. L'urine ne contient jamais d'albumine.

La marche de l'affection est caractérisée par une série d'accès séparés par des périodes de rémission presque complète, qui vont en se raccourcissant à mesure que la maladie s'accentue. Ces périodes paroxystiques se répètent un nombre indéterminé de fois; enfin, les fonctions digestives s'altèrent, les forces s'en vont. La vie des malades semble menacée, et cependant, à en juger par les faits, il n'en serait pas ainsi; trois des malades du Dr Clément ont guéri; il a perdu de vue la quatrième. Peu à peu les rémissions deviennent plus longues et les paroxysmes plus courts et moins intenses, mais le rétablissement se fait toujours lentement.

M. le Dr Clément range cette affection dans le groupe des maladies du cœur décrit par Sée sous le nom de formes fonctionnelles : il a en vain consulté les auteurs pour trouver quelque chose qui se rapportât à cette affection ; seul William Stokes en dit quelques mots.

Quant à la pathogénie des accidents, l'auteur la résume de la façon suivante :

« Par suite peut-être d'une disposition spéciale créée par la ménopause, il y a en premier lieu une modification profonde de l'innervation du grand sympathique ; ou bien le point de départ de cette modification est une action réflexe dont l'origine serait dans l'appareil sexuel. Quoi qu'il en soit, elle se traduit par une excitation des nerfs accélérateurs et par un spasme vasculaire.

A cet élément nerveux s'ajoute bientôt l'influence de l'anémie, qui va contribuer dès lors à aggraver tous les désordres. Par l'aglobulie, elle amène de l'accélération, elle augmente les palpitations, elle favorise l'infiltration des téguments. Par l'anémie du bulbe, elle accroît la dyspnée, et, faisant perdre de sa puissance au centre modérateur, elle laisse, pour ainsi dire, agir sans contrepoids l'excitation du système accélérateur.

Ainsi se trouvent coalisées dans le même organisme les causes les

plus puissantes, en dehors des lésions valvulaires, qui peuvent bouleverser la fonction cardiaque. Les désordres qui résultent de cette coalition atteignent au maximum d'intensité, et ne sont comparables, dans leur violence, qu'à ceux qui dépendent d'une lésion anatomique.

Faut-il s'étonner, dès lors, que la confusion entre cette forme nerveuse fonctionnelle, et une maladie organique du cœur, soit inévitable pour tout observateur non prévenu ?

C'est la digitale qui est le médicament héroïque pour combattre la maladie. Dans les premiers accès, l'infusion de poudre de feuilles doit être donnée à la dose de 0,50 cent. le premier jour, puis 0.40 à 0.30 et au bout d'une semaine au plus les accidents disparaissent. Lorsque les malades ne supportent plus la digitale, l'auteur emploie l'extrait hydroalcoolique de convallaria maïalis à la dose de 1 gramme à 1 gr. 50. Mais il est moins actif que la digitale, et presque toujours il a été forcé de revenir à l'emploi de la digitale, choisissant cette fois la formule du vin de Trousseau.

Contre les paroxysmes de la dyspnée, il emploie les préparations opiacées, et spécialement la morphine.

Pendant les rémissions, la médication tonique.

Enfin les malades doivent s'abstenir de tout mouvement et de tout acte qui puissent exagérer l'activité cardiaque.

(*Ann. Tocologie.*)

HYPERTROPHIE DU FREIN DE LA LANGUE CHEZ UN NOUVEAU-NÉ.

Appelé auprès d'une petite fille de deux jours, le Dr D.-A. Rodriguez Ecay constata une tumeur ronde, de 2 centimètres environ de diamètre, indolente, située sur la face inférieure de la langue, dont l'extrémité libre dirigée en haut et en arrière empêchait le rapprochement des maxillaires ; vers l'orifice buccal se projetait le sommet de la tumeur, présentant en son milieu une saillie linéaire due au frein, qui se prolongeait jusqu'à la pointe de la langue. La pression donnait une sensation de masse compacte et homogène, mais nullement de fluctuation. A la suite d'une ponction, qui ne donna pas issue à la moindre goutte de liquide, un cordonnet de soie fut laissé, en guise de séton, pendant plusieurs jours. Bientôt, un nouveau fut remis, et l'on fit, en outre, des cautérisations répétées avec le nitrate

d'argent. Mais on n'obtint que la suppuration, de l'agitation chez l'enfant, et aucune diminution du volume de la tumeur. Vu la difficulté de l'incision, on se décida alors à recourir à la cautérisation ; une incision profonde fut faite avec le couteau de l'appareil Paquelin. Au bout de seize jours, la plaie était cicatrisée et la tumeur diminuée du tiers. Deux cautérisations subséquentes firent disparaître celle-ci complètement, sans que la cicatrice causât de troubles fonctionnels du côté de la langue.

On n'avait pas affaire ici à une grenouillette ni à un autre kyste, car ces tumeurs siègent sur le plancher buccal et donnent lieu à de la fluctuation ; la ponction, du reste, n'a pas fait sortir de liquide. Il devait s'agir de cette variété de filet, due à une hypertrophie du frein, que Demarquay décrit sous le nom de soubrelangue, en rappelant que Levret attribuait à tort à la soubrelangue une gravité extrême. Le cas actuel démontre son peu de gravité, et en même temps l'avantage pour son traitement des cautérisations répétées au thermo-cautère.

(*Chronica medi-quir. de la Habana* et *Paris Médical.*)

RÉTENTION DU PLACENTA PAR CONTRACTION SPASMODIQUE DU COL ET DU CORPS DE L'UTÉRUS.— INTERVENTION DIFFÉRÉE ET INTERVENTION IMMÉDIATE.

Le Dr C. Betty a eu l'occasion d'observer, à quelques jours d'intervalle, deux cas intéressants à différents points de vue et instructifs par leur rapprochement.

Dans le premier cas, il s'agit d'un placenta, retenu dans la cavité utérine par une contraction spasmodique du col. — L'emploi des antispasmodiques et des lavements laudanisés ne produisit aucun résultat, au bout de trente-six heures.

La patiente fut alors soumise au sommeil chloroformique et l'extraction du placenta fut possible.

Dans le second cas, la contraction spasmodique ne s'était produite qu'après la sortie partielle du placenta, si bien qu'une portion du délivre restait dans la matrice, étranglé par la contracture du col.

La chloroformisation fut immédiatement pratiquée, et l'on put assez facilement passer la main au-dessus du placenta et le faire sortir intact avec les membranes.

L'indication, dans les délivrances retardées par des accidents de cette

nature, est d'attendre la sortie spontanée du délivre, en se bornant à chercher à abréger la durée du spasme par une médication interne appropriée. Cependant, avec l'anesthésie chloroformique, l'extraction manuelle est si facile et si inoffensive, qu'on aurait tort, selon moi, de n'y pas recourir après une attente raisonnable.

Il faut tenir compte, en effet, de l'état d'inquiétude des accouchées qui peut leur être préjudiciable, et aussi des adhérences placentaires qui peuvent coexister avec le spasme de l'orifice et s'opposer à la sortie spontanée du délivre. En résumé, si le délivre n'est pas expulsé vingt-quatre heures après la sortie de l'enfant, je crois qu'il faut intervenir.

Après les deux cas, on eut recours à des injections et à des compresses avec la solution de sublimé au 1/2000^e, et les suites de couches furent naturelles.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

DU PLEXUS NERVEUX SPÉCIAL DE L'UTÉRUS

Par le Dr Rein, de Saint-Pétersbourg.

D'expériences sur des lapins, des souris, des rats, etc..., le Dr Rein conclut que ce plexus est situé en dehors de l'utérus, principalement dans le tissu cellulaire qui entoure le vagin au point où le plexus hypogastrique s'anastomose avec les branches des nerfs sacro-utérins. On y trouve de nombreuses cellules ganglionnaires, siégeant principalement sur le trajet des branches nerveuses principales qui y arrivent et constituent le plexus. La limite supérieure de ces cellules se trouve au commencement des trompes ; la limite inférieure se perd dans le plexus vaginal. Aucun fibre, soit du plexus hypogastrique, soit des nerfs sacrés, n'arrive à l'utérus sans avoir passé au préalable à travers le plexus utérin. (*Société de biologie* et *Americ. Journ. obstetrics.*

HYSTÉRO-ÉPILEPSIE CAUSÉE PAR LA DYSMÉNORRHÉE

par John Denar.

Une femme de 34 ans, sans antécédents nerveux héréditaires ou personnels, a eu, au début de son mariage, trois fausses couches à brefs intervalles. La dysménorrhée date de cette époque. Depuis, sont

revenus des accès d'hystéro-épilepsie, précédés d'un aura abdominal, et présentant tous les caractères de l'épilepsie vraie, sauf la morsure de la langue. Leur fréquence était extrême, surtout à l'occasion du flux menstruel. L'examen au spéculum révéla un rétrécissement du col de l'utérus ; l'hystérotomie fut pratiquée, et cette opération, qui fut suivie d'une très légère atteinte de péritonite, eut pour résultat la disparition complète des accès d'hystéro-épilepsie.

(*Paris Medical*).

DE L'INFLUENCE DES CHAUSSURES A HAUTS TALONS SUR LES FORMES DE LA FEMME ET PRINCIPALEMENT DE SES ORGANES

Par le Dr Busey.

Au dix-septième *meeting* annuel de la *Société américaine de Gynécologie* (Boston, 1882), le Dr Busey a rappelé, dans une intéressante communication, que le port des talons hauts date de la régence. Sous Louis XIV, ils étaient élevés et arrondis. Abandonnée un moment sous Louis XVI, cette mode détestable ne tarda pas à reprendre faveur, pour devenir, de nos jours, plus en vogue que jamais.

L'âge, l'état de grossesse et la maternité sont généralement reconnus comme causes manifestes de déformations chez les femmes. Peut-être faut-il tenir compte aussi de la taille, du port et des attitudes habituelles. L'asymétrie congénitale ou acquise est le plus ordinairement le point de départ des malformations physiques. Nous devons, dit-il, au Dr Paget la description suivante d'un pied de femme modèle : « Le cou-de-pied bien plein et saillant, — le gros orteil fortement développé, — le second long et dépassant un peu le premier, — le petit doigt très petit, et, dans quelques cas, pour ainsi dire rudimentaire. » A ce propos l'auteur entre dans des détails descriptifs minutieux, avec figures à l'appui, sur la structure mécanique du pied humain normal, comparé au pied qu'a déformé l'usage des chaussures inintelligemment fabriquées.

Le bon état physique du pied contribue, pour une large part, à la santé générale du corps ; car l'exercice pédestre est le grand incitateur, le précieux conservateur de l'activité organique et de la vigueur constitutionnelle. Pour en user avec tous les avantages qu'il comporte, nous devons avoir les pieds sains, protégés par des chaussures aisées et commodes ; rendus sensibles, contractés et déformés avec des arti

culations rigides et désajustées, ils perdent de leur mobilité, le centre de gravité dans la sustentation est déplacé, tous effets imputables incontestablement à l'usage prématuré et prolongé des souliers à hauts talons. Un pied déformé, cause de gêne et de fatigue dans la marche, rend cet exercice pénible, douloureux même. Les hauts talons, par cela même qu'ils déterminent, dans le port habituel, une certaine gaucherie, et détruisent l'harmonie qui régit les diverses parties constituantes du corps, conduisent fatalement ceux qui en usent à se renfermer dans les habitudes d'une vie sédentaire, au grand détriment de toute l'économie, et les fâcheuses conséquences d'une mode répréhensible ne se font pas seulement sentir aux extrémités inférieures.

Pour rendre plus tangible l'influence des talons démésurément élevés sur les organes pelviens, le Dr Busey a fait passer sous les yeux des membres de l'Association, des photographies représentant comparativement les différentes positions, quant à l'axe.

(*Moniteur de thérapeutique.*)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

—

TRAITEMENT DES AFFECTIONS DU COL DE L'UTÉRUS.

En présence des accidents auxquels donnent fréquemment lieu les cautérisations du col de l'utérus, M. le docteur Gairal père propose de recourir, dans un certain nombre de cas, soit à des douches faites directement sur le point malade, soit à des bains locaux.

De même, chez les femmes enceintes atteintes de vomissements incoercibles, vomissements d'ordre réflexe, dit-il, dont le point de départ ne peut être que dans la matrice, soit à cause de sa distension, soit à cause de quelque métrite du col, M. Gayral conseille de soutenir l'utérus, devenu plus lourd et plus susceptible, au moyen d'une petite cuvette de 10 centimètres dans laquelle le col se trouve incessamment baigné par le liquide médicamenteux que l'on y introduit.

Cette cuvette, de 5 centimètres de hauteur et de largeur variable, a la forme d'un cône, dont la base est tournée en haut et le sommet en bas ; celui-ci se termine par un petit tube en caoutchouc de 10 centimètres de long, qui sert à l'introduction et à l'évacuation du liquide

employé. Le tube est fermé par une cheville de bois ou un robinet. La base de la cuvette est formée par un anneau pessaire à charnières, muni d'une sorte de couvercle qui empêche le liquide de se répandre, quelles que soient les positions que prenne la malade ou les mouvements qu'elle effectue, et qui est percé à son centre d'une ouverture plus ou moins large par laquelle le col utérin plonge dans le liquide.

L'auteur cite, dans son travail, plusieurs observations dans lesquelles son mode de traitement a eu de très bons résultats.

(*Gazette des hôpitaux.*)

ÉLECTRICITÉ DANS L'ACCOUCHEMENT.

A la Société obstétricale de Londres, le Dr Kilner lit un mémoire sur l'emploi des courants d'induction pendant l'accouchement. L'effet produit par le courant, consistant en une diminution de la douleur, tendait à diminuer la fatigue et à empêcher l'hémorrhagie post partum, rendait le pouls plus égal, augmentait la fréquence et la force des contractions utérines et prévenait les vomissements.

Cependant il ne modifiait pas la douleur résultant de l'étroitesse de la vulve, pas plus que celle qui résultait de l'introduction de l'instrument en cas d'intervention. Sur environ 300 cas le Dr Kilner n'a eu que deux hémorrhagies post partum. Parfois le courant n'a pas amené de contractions, quand cependant le besoin était urgent.

Lorsqu'on a employé un courant d'induction pendant une heure à une heure et demie, son action sédative se fait sentir et il augmente plus les contractions. Dans quelques cas, il produit des contractions violentes et presque continues. Dans un cas une contraction dura quinze minutes.

Comme agent diminuant la douleur, le courant d'induction est préférable aux anesthésiques, puisqu'on peut en diriger l'action à volonté, et que, en outre, il ne cause pas de vomissements. Le Dr Kilner n'a jamais observé de rupture utérine sous l'influence des contractions, quelquefois prolongées, provoquées par ces courants.

(*Annales de Gynécologie*, 1884, page 453 et *La quinzaine médicale.*)

FISTULES VÉSICO-VAGINALES. — MÉTHODE DE BOSEMANN.

M. Hergott, de Nancy, est partisan du traitement préparatoire pour combattre les adhérences cicatricielles et les indurations. Ce traitement préparatoire consiste en bains chauds, lotions chaudes et quelques cautérisations légères avec la solution de nitrate d'argent à 1 p. 10. Plus tard, on incise les brides cicatricielles indurées, on place entre les bords de l'incision des boules de Bosemann et on ne tente le rapprochement que lorsqu'on voit que les bords de la fistule sont en bon état. Pas de sonde à demeure, pas de cathétérisme, à moins que la miction ne soit tout à fait impossible, ce qui n'a guère lieu que le premier jour.

(*Paris médical.*)

FORMULAIRE

Traitement de la gastralgie, considérée comme réflexe utérin. (J. Chéron.)

La constipation est une des complications les plus habituelles des affections utérines ; la dyspepsie l'accompagne et la gastralgie fait souvent son apparition chez les malades à tempérament nerveux dont la constipation entraîne en même temps la congestion du foie et celle de l'estomac.

Le traitement local qui remédie à la lésion utérine reste sans action sur la gastralgie et la constipation, si celles-ci ne sont traitées directement.

L'emploi des purgatifs cholagogues combiné avec l'usage des sédatifs et la révulsion sur la région épigastrique constitue un traitement très efficace dans cette circonstance.

1° Podophyllin.............	0,40 cent.
Extrait de jusquiame....	0,20 cent.
Gomme gutte....	0,40 cent.
Résine de scammonée....	2 gr.
Aloës....................	0,20 cent.
Savon amygdalin........	2 gr.

pour 20 pilules.

Prendre 1 ou 2 pilules le soir en se couchant, trois heures après le repas.

2° Bromure de potassium......	4 gr.
Teinture d'aconit............	1 gr.
Chlorhydrate de morphine....	0,03 cent.
Eau distillée................	90 gr.

Prendre 1 ou 2 cuillerées à café avant chaque repas.

3° Faire tous les quatre ou cinq jours des révulsions sur la région hypogastrique soit à l'aide de pointes de feu très fines, soit à l'aide de petits vésicatoires morphinés et camphrés, soit encore à l'aide du mélange suivant :

Chloroforme.................	30 gr.
Alcoolat de Fioraventi..	90 gr.

Ce traitement, aujourd'hui consacré par un usage déjà long, donne des résultats rapides et durables ; aussi le jugeons-nous digne d'être employé par les praticiens.

COURS D'ACCOUCHEMENTS ET DE MANŒUVRES

M. le Dr Verrier, préparateur à la Faculté, recommencera ses cours le lundi 10 novembre 1884, à 4 heures, à son amphithéâtre, 93, boulevard St-Germain. Il les continuera tous les jours, à la même heure, le jeudi excepté.

On s'inscrit tous les jours, de 1 à 8 heures, chez M. Verrier, 120, rue Saint-Honoré.

Un nouveau cours recommencera tous les mois.

Directeur-Gérant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, place Saint-André, 3.

REVUE
MÉDICO-CHIRURGICALE
DES
MALADIES DES FEMMES

BULLETIN.

—

Un dernier mot sur l'internat des femmes.— Emploi du massage en gynécologie.— Le chlorhydrate de cocaïne en gynécologie.

Que d'encre répandue, que de papier noirci à propos de l'internat des femmes ! Nous avons tranquillement assisté à la lutte, sans rien dire ; nous nous sommes contenté de juger des coups portés de part et d'autre ; il nous a semblé que de cette façon-là nous jugerions la chose d'une manière mieux impartiale et que nous ne subirions pas l'entraînement de la plume, comme cela arrive dans toute question pour laquelle on se passionne plus ou moins.

Aujourd'hui, le différend est tranché, et, comme l'annonçait l'*Union Médicale*, malgré l'opposition formellement exprimée de la majorité des médecins et chirurgiens des hôpitaux, malgré les démarches faites par M. le professeur Hardy, président de l'association des internes, et par MM. Moutard-Martin et Nicaise, délégués du corps médical, au Conseil de surveillance de l'Assistance Publique, un arrêté préfectoral vient d'autoriser l'admission des femmes externes au concours de l'internat pour l'année prochaine.

Eh bien ! nous n'en sommes pas fâchés. Nous trouvons même que c'est fort bien fait.

Comment ! Une première erreur, nous n'oserions pas dire une première sottise, est commise en autorisant les *femmes-médecins* ! et vous vous étonnez des conséquences qu'elle entraîne ?

Assurément, cette autorisation n'a pas été accordée sans que le corps médical, représenté par les hauts bonnets de la confrérie, n'ait été consulté. Les aspirantes au grade de Docteur en médecine concourent pour l'externat ; on laisse faire, on trouve cela charmant. On devait s'attendre à les voir, un jour ou l'autre, concourir pour l'internat. Rien n'est plus logique. Et ce qui prouve combien il était illogique de s'y opposer, c'est la quantité considérable d'articles et de brochures employés à combattre la question, la variété des arguments spécieux ou bien fondés, donnant comme résultat la perte de la bataille engagée par les médecins et les chirurgiens des hôpitaux, qu'un simple arrêté préfectoral a mis en déroute.

Ce n'est pas tout. Nous espérons bien qu'un de ces jours, quelques-unes de ces dames se feront inscrire pour le concours de l'agrégation et pour le concours du bureau central. Et alors, même campagne dans les journaux contre l'agrégation des femmes, même campagne contre les femmes médecins ou chirurgiens des hôpitaux et même arrêté préfectoral mettant en déroute les mêmes manifestants.

Vous avez permis, je dirais même favorisé l'accès du doctorat en médecine aux femmes. Eh bien ! Messieurs les archontes, vous recueillez aujourd'hui ce que vous avez semé, vous vous êtes laissé prendre dans l'engrenage, vous y passerez en entier de par la force de la logique, qui elle aussi, de temps en temps, peut faire faire et faire dire les choses les plus absurdes, lorsqu'elle a pour point de départ un principe faux.

Vous aurez ainsi, d'ailleurs, ouvert une ère nouvelle à l'émancipation de la femme et nous osons espérer que, dans un avenir peu éloigné, grâce à votre généreuse initiative, toutes les carrières libérales et toutes les écoles du gouvernement seront ouvertes au beau sexe et que nous verrons les *femmes-avocats*, les *femmes-militaires*, les *femmes-ingénieurs*, les *femmes-professeurs*, les *femmes-députés*, voire même les *femmes-ministres*.

Au début, on a cru faire simplement acte de courtoisie, peut-être même de galanterie banale. Ne vous semble-t-il pas qu'aujourd'hui on est entré en pleine phase du ridicule ?

Emploi du massage en gynécologie, tel est le titre d'un chapitre d'un tout petit livre que le Docteur Léon Petit vient de faire paraître, le *Massage par le médecin.*

Cet opuscule, qui est la traduction plus ou moins remaniée d'un ouvrage allemand dû au Docteur Reibmayr de Vienne, nous donne sur l'emploi du massage dans les maladies des femmes quelques renseignements qui ne sont pas sans intérêt.

Tous les médecins gynécologistes qui n'ont pas érigé le massage en panacée dans les affections utérines, s'accordent à reconnaître que si l'on peut obtenir des succès, on a aussi à lutter contre des difficultés presque toujours insurmontables et que, pour arriver à de bons résultats, il faut agir avec autant de prudence que d'adresse et de persévérance.

Le massage serait applicable, d'après l'auteur, dans les maladies chroniques de l'utérus et de ses annexes et l'énumération qu'il en fait embrasse à peu près toute la pathologie de ces organes, hypertrophie utérine sans néoplasmes, métrite chronique, endométrite, péri et paramétrite chroniques, déplacements utérins, ovarite, périovarite, inflammations chroniques ou reliquats d'inflammations dans le petit bassin.

Ce qu'il y a de plus intéressant dans les résultats annoncés, par tels ou tels auteurs, c'est particulièrement ceux que Reeves Jackson dit avoir obtenus dans la régression incomplète de l'utérus après l'accouchement. Il préconise le massage du petit bassin comme le meilleur moyen de remédier à ce symptôme, qui, d'après sa statistique, se montrerait 64 fois sur cent.

Quant aux déplacements utérins, ils ont été, dans beaucoup de cas, guéris ou améliorés par la méthode de Brandt, nous oserions même dire que c'est là le véritable triomphe du massage de l'utérus. Nous nous rappelons avoir vu dans le service de M. Péan, à St-Louis, il y a quelques années, un cas de prolapsus à la

vulve, remarquablement amélioré par le massage pratiqué par M. Nostrum. Enfin, ce chapitre très intéresant et très original, se termine par une observation pleine d'intérêt, due à Winiwarter, d'un kyste de l'ovaire traité par le massage. Il s'agissait d'une femme de 79 ans, dont le kyste avait été ponctionné 5 fois. L'état général devenait chaque jour plus mauvais, les membres inférieurs étaient œdématiés, un état de faiblesse extrême faisait craindre une issue fatale et prochaine. Le massage, commencé dans ces conditions, fit disparaître le gonflement et la douleur en très peu de temps, tandis que la diurése augmentait dans des proportions étonnantes.

Pendant 9 mois et demi, Winiwarter pratiqua le massage presque tous les jours, et pendant ce laps de temps, on n'eut besoin d'aucune ponction, alors qu'avant, il en fallait une toutes les six semaines. La circonférence de l'abdomen diminua de 20 centimètres. Aujourd'hui, la malade a 85 ans ; elle est bien portante et pleine de vigueur ; on n'a pas eu besoin de faire de nouvelles ponctions, mais on continue le massage tous les jours.

Nous avons essayé le massage utérin dans bien des circonstances ; si nous avions à formuler notre avis sur la valeur de ce moyen thérapeutique et sur ses indications, nous nous exprimerions de la façon suivante :

Le massage utérin est absolument contre-indiqué dans l'état inflammatoire, dans les épanchements sanguins, dans les cas de phlegmons et toutes les fois qu'il y a des adhérences de quelque importance. Il est susceptible, au contraire, de rendre de véritables services dans la régression incomplète, et surtout dans la chute de l'utérus avec cystocèle et rectocèle, sans complications inflammatoires.

La cocaïne vient de faire irruption dans les sociétés savantes et dans les feuilles médicales. Les oculistes, les auristes, les laryngologistes ne parlent plus que de ce remarquable anesthésique qui permet de faire, sans douleur, l'opération du strabisme, l'opération de la cataracte, la ponction de l'œil, d'enlever les polypes du conduit auditif externe, de pratiquer le cathétérisme de

la trompe, d'anesthésier le larynx pour y pratiquer différentes opérations. Un certain nombre d'applications, faites au pinceau, permet, parait-il, aux malades atteints de phthisie laryngée, d'avaler sans éprouver de douleurs.

Les gynécologistes ne sont pas restés en arrière. Le Docteur Polk rapporte, dans le numéro du 1er novembre du *New-York medical Record*, deux observations d'avivements et de sutures du col de l'utérus déchiré (opération d'Emmet), où après trois applications de chlorhydrate de cocaïne à 4 0/0, il a pu anesthésier la région et opérer sans éveiller aucune douleur.

Quoique le col de l'utérus soit un organe peu douloureux, il est certain que les opérations que l'on pratique sur cet organe sont quelquefois si pénibles, chez les femmes nerveuses, surtout chez celles dont les organes génitaux, malgré la médication antiphlogistique et calmante employée, conservent encore des vestiges d'inflammation, qu'il y a grand avantage à pratiquer l'anesthésie locale à l'aide du chlorhydrate de cocaïne.

Nous avons pratiqué, ces jours derniers, deux opérations d'ignipuncture à flèches nombreuses où la douleur a été complètement supprimée grâce à 4 applications successives de la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 0/0.

En outre, dans notre service de St-Lazare, nous avons pu faire l'avivement *avec l'acide sulfurique*, dans un cas de déchirure incomplète du périnée, sur la peau et sur la muqueuse, sans éveiller la douleur.

L'ablation des végétations, après badigeonnages de ces végétations et injection sous-cutanée dans la région à raison de 0,02 centigrammes nous ont donné de moins bons résultats. Mais nous avons pu enlever, presque sans douleur, deux petits polypes intolérants de l'urèthre et appliquer le spéculum dans un cas de vaginisme où le passage du doigt était impossible quelques minutes auparavant, grâce aux badigeonnages répétés des parties, avec la solution de chlorhydrate de cocaïne à 5 %.

Il y a lieu d'espérer qu'en employant des solutions plus concentrées, on arrivera à anesthésier plus profondément les mu-

queuses et peut être même certaines régions de la peau. La connaissance des propriétés anesthésiques locales de la cocaïne est une véritable conquête dont la gynécologie tirera certainement un grand parti.

J. C.

COURS D'OBSTÉTRIQUE COMPARÉE

SUIVANT LES DIFFÉRENTES RACES HUMAINES

Par le Dr E. Verrier.

8e LEÇON

DE LA TÊTE DU FŒTUS A TERME ET DE SA COMPARAISON AVEC LES DIMENSIONS DU BASSIN.

Messieurs,

S'il est un renseignement difficile à obtenir, c'est bien celui du volume et de la forme de la tête fœtale dans les différentes races.

D'une part, notre muséum possède à peine quelques têtes sèches de nègres et il n'y en a aucune au musée de la Société d'anthropologie. D'autre part, les médecins de la marine qui ont pu suivre quelques accouchements dans les colonies ne nous ont pas donné à cet égard les renseignements désirables.

Cependant, M. le Dr Maurel a communiqué à la Société d'anthropologie (1879) des mensurations de têtes d'enfants nouveau-nés chez les coolies de la Guyane. Il résulte de ces mesures que

Le diamètre occipito-frontal aurait chez ces enfants..	0.10.5
Le bi-pariétal....................................	0.08.4
L'occipito-mentonnier............................	0.12
Le sous-occipito-buymatique.......................	0.08.7

C'est-à-dire environ 1 centimètre de moins que sur nos fœtus français. Il est vrai que la femme coolie, qui appartient à la race jaune, est petite et que son bassin rentre dans les bassins carrés de Joulin, dont le plus grand diamètre ne dépasse guère 0,12,5, les autres tendant à se rapprocher de cette mesure. La taille

moyenne de ces fœtus est de 0 m. 47 et leur poids moyen de 2 k. 318.

Tout est donc proportionnel entre la mère et l'enfant. Mais ce n'est pas seulement en cela que réside la véritable cause de la rapidité de l'accouchement dans ces races, comme nous le verrons plus tard.

Il y a bien aussi dans nos collections des fœtus à divers degrés de la vie intra-utérine, dont la tête varie de volume ; mais là n'est point la question ; d'ailleurs, il s'agit encore de fœtus de même race.

Je crois donc qu'au lieu de chercher les différences ethniques dans la tête des fœtus, il vaudrait mieux, pour simplifier la question, n'envisager la tête fœtale que suivant qu'elle provient d'un peuple brachycéphale, comme le sont la majorité des peuples d'Europe, ou d'un peuple dolichocéphale, comme ceux qui habitent une grande partie de l'Afrique. Enfin, on pourrait encore rapporter les formes intermédiaires à la mésaticéphalie.

Mais, même en Europe, même en France, où il y a un mélange de brachycéphales et de dolichocéphales, leurs métis seront naturellement mésaticéphales. Il en est de même en Afrique où les Berbers se distinguent de l'Arabe proprement dit, et où les nègres de la côte occidentale sont si différents par la forme et le volume du crâne des nègres du Centre et du Sud, ainsi que des Bosjesmans.

De même en Asie, les Hindous qui forment un rameau de la race Aryenne, diffèrent plus encore de la race jaune que celle-ci ne se sépare des Esquimaux et des Lapons.

Il faudrait donc se procurer des crânes de fœtus de Savoyards, de Finois, d'Auvergnats, de Croates, de Bavarois, de Souabes, de Lapons et de Syriens pour avoir des brachycéphales types ; de même pour les dolichocéphales, il nous faudrait des fœtus à terme de Berbers, d'Arabes, de Nubiens, d'Ouoloves, de Cafres, d'Hottentots et de Bosjesmans, d'Esquimaux, d'Australiens et de Caucasiens.

Les Polynésiens, les Chinois, les Egyptiens ne sont pas dolichocéphales au même degré que les précédents. De même les

Basques, les Bas-Bretons, les Esthoniens, les Turcs, les Mongols, les Javanais et les Alsaciens-Lorrains ne sont que des sous-brachycéphales. Tous les autres peuples sont mésaticéphales, ainsi que dans chaque race les métis de ces extrêmes.

Il résulte de cet ensemble des formes du crâne une confusion qui ôte beaucoup d'attrait à l'étude de la tête du fœtus dans les différentes races.

Mais d'ailleurs, au point de vue de l'obstétrique, l'étude exacte de la forme est peu importante, attendu que la tête du fœtus, dans toutes les races, subit pendant l'accouchement des déformations qui ont été l'objet, dans ces dernières années, d'une étude approfondie de la part de M. le Dr Budin (*De la tête du fœtus au point de vue de l'obstétrique*. Paris, 1876.)

Dans ce travail, où l'auteur n'envisage que des fœtus de femmes accouchées à Paris, qui est comme l'on sait le grand caravansérail des races, il est prouvé, ce que l'on savait déjà, que la tête diminue, mais, en outre, que les diamètres qui diminuent n'étaient pas ceux que l'on supposait diminuer auparavant.

Ainsi, on supposait que la tête pressée d'un pariétal à l'autre augmentait dans le sens longitudinal, c'est-à-dire dans le diamètre occipito-frontal ou dans le diamètre occipito-mentonnier ; au lieu de cela, ces diamètres diminuent.

Il y a bien cependant une augmentation dans la longueur, mais cette augmentation porte sur un diamètre *sus-occipito-mentonnier* qui est le plus grand des diamètres de la tête.

Quant au diamètre transversal ou bi-pariétal, loin d'être celui qui se réduit le plus, comme on l'avait dit jusqu'ici, il est celui au contraire qui se réduit le moins. Ceux qui se réduisent encore, sont : le bi-temporal et le sous-occipito-brigmatique, ce dernier d'une façon considérable. Des déformations dues aux mêmes causes se reproduisent pendant l'accouchement par la face, mais ces déformations sont très distinctes de celles produites dans un accouchement par le sommet.

Quoi qu'il en soit, ces déformations existent aussi bien pour les brachycéphales que pour les dolichocéphales; elles s'expliquent par l'existence des sutures et des fontanelles, ainsi que par la

disposition des os de la voûte qui donnent à la tête sa forme apparente et contribuent à en augmenter la malléabilité.

Nous allons revenir dans un instant sur ces os, ces sutures et ces fontanelles. Disons toutefois que, d'après Budin, les changements survenus dans les diamètres de la tête ne s'arrêtent pas lorsque celle-ci paraît avoir repris sa forme primitive et que dans les premiers huit jours qui suivent l'accouchement la tête continue à augmenter dans tous ses diamètres, et la fontanelle postérieure, qui n'existait guère qu'à l'état fictif, devient en réalité membraneuse comme l'antérieure. Les sutures augmentent aussi de largeur et c'est à cela que Budin attribue l'augmentation notée par lui de tous les diamètres du crâne pendant la première semaine qui suit l'accouchement.

J'ajoute que c'est probablement le moment où la forme définitive du crâne apparaît dans les races, soit dolichocéphale, soit brachycéphale, et non lorsque la tête est encore en cet état de mollesse voulu par la nature pour quelle pût traverser sans obstacle le canal osseux qu'elle doit franchir.

Dans nos races françaises, la forme de la tête d'un fœtus à terme est celle d'un ovoïde dont la grosse extrémité est dirigée en arrière et la petite en avant. Elle se compose de deux parties, la face et le crâne. Cette dernière étant la plus importante pour l'accoucheur, nous en ferons une description particulière.

Les os du crâne sont : le frontal, les deux pariétaux, l'occipital, les temporaux et le sphénoïde. Ces os sont réunis entre eux au moyen de sutures imparfaites qui laissent entre elles de légers espaces membraneux. Les parties les plus larges de ces espaces prennent le nom de fontanelles.

Cette disposition qui existe chez les fœtus dans toutes les races humaines, facilite le développement du cerveau et permet comme nous l'avons vu, la réductibilité des diamètres de la tête les moins favorables à l'accouchement.

La déformation qui en résulte est telle qu'aussitôt l'accouchement terminé, un praticien très instruit qui avait accouché une négresse, a déclaré ne pouvoir distinguer son enfant d'un autre

enfant de race blanche dans les mêmes conditions. On sait en effet que le pigment de la peau qui donne au nègre sa couleur caractéristique, n'apparaît que quelques jours après la naissance. Aucun signe ne pouvait donc, du côté du crâne, faire distinguer deux enfants de races cependant si profondément opposées.

Une autre utilité des sutures et des fontanelles, dans les pays où l'obstétrique est élevée à la hauteur d'une science, c'est le grand secours qu'elles apportent à l'accoucheur pour l'aider à reconnaître les présentations et positions du fœtus avant sa sortie.

La voûte du crâne est plus renflée et plus saillante à son extrémitré occipitale dans toutes les races; elle est aussi un peu aplatie d'un côté à l'autre.

Le frontal qui en forme la partie antérieure est, chez le nouveau-né, séparé en deux moitiés égales qui se réuniront ultérieurement. De même la *fontanelle* qui est en avant, ou grande fontanelle, s'ossifiera dans la suite, et les angles mousses des deux portions du frontal rejoindront les angles correspondants des pariétaux.

Le frontal est très mobile et M. Budin se base sur cette mobilité pour changer le point qui déterminait en avant l'extrémité antérieure du diamètre occipito-frontal. Il le reporte à la racine du nez et en fait par conséquent un diamètre occipito-nasal.

Chacune des portions du frontal est dominée par une bosse appelée bosse frontale qui a été le point du départ du premier point d'ossification de cette partie du crâne.

Les pariétaux présentent également de chaque côté de la tête une bosse saillante représentant un point d'ossification unique pour chaque pariétal et limitant la plus grande étendue de la tête dans le sens transversal.

Enfin l'occipital qui complète la voûte du crâne par sa partie écailleuse, présente à l'union de cette partie et de la portion basilaire, juste en arrière du trou occipital, et s'étendant d'un côté à l'autre, une bande de tissu cartilagineux de 5 à 6 millimètres de large et de 10 millimètres de long. Cette bande, interrompue par une petite portion de tissu fibreux se continue au-delà de cette portion jusqu'au point de jonction de l'occipital avec les pariétaux et les temporaux.

D'après M. Budin, ce serait là une véritable charnière fibro-cartilagineuse permettant des mouvements d'avant en arrière et réciproquement, d'une portion de l'os sur l'autre.

Cette disposition concourt, avec les sutures et les fontanelles, à augmenter la mobilité et la flexibilité du crâne et par conséquent à rendre inutile une étude plus approfondie de la tête du fœtus suivant les races.

Au-dessus du trou occipital et de la charnière dont nous venons de parler, se trouve sur la ligne médiane la bosse occipitale, point principal d'ossification de l'os et point de départ important, pour la mensuration des diamètres longitudinaux du crâne.

Nous ne dirons rien du sphénoïde qui concourt pour une bonne partie à former la base du crâne. Cette dernière portion de la tête fœtale est loin de jouir de la même mobilité que la voûte. Les os qui la composent sont déjà à la naissance presque irréductibles,

La double disposition dont nous venons de parler est générale dans toutes les races.

Les temporaux, tout en complétant avec le sphénoïde les parties latérales du crâne concourent à former sa base avec cet os et l'ethmoïde.

Après ces considérations d'ordre anatomo-physiologique et ethnologique, je vous renvoie, Messieurs, pour l'étude même des sutures et des fontanelles aux divers traités sur la matière, et je ne veux retenir dans ce cours que l'étude des principaux diamètres de tête du fœtus et des circonférences. Nous prendrons pour type de cette étude la tête d'un fœtus de race aryenne en raison des considérations précédemment énoncées.

DES DIAMÈTRES DE LA TÊTE DU FŒTUS ET DE SES CIRCONFÉRENCES.

Pour expliquer les mouvements que la tête du fœtus accomplit dans le bassin maternel, il faut étudier ses dimensions et les comparer à celles du bassin qu'elle doit traverser.

Les dimensions de la tête fœtale s'apprécient par l'étendue de ses diamètres et de ses circonférences. Quant aux dimensions du

bassin, nous savons qu'elles varient d'après les races, mais qu'on peut les ramener à trois types principaux.

Nous ne considérerons toutefois pour ces trois types qu'une seule tête de fœtus, en raison de la malléabilité de cette tête qui lui permet de se mouler jusqu'à un certain point sur la forme même du canal qu'elle a à parcourir.

Il n'y a que dans les cas pathologiques (rétrécissements du bassin, tumeurs, volume exagéré de la tête, etc.) que cette adaption n'a pas lieu. Mais alors nous renvoyons à l'étude de la pathologie obstétricale comparée, qui n'est encore qu'à l'état embryonnaire, pour ne nous occuper ici que de l'accouchement physiologique.

Neuf diamètres principaux partagent la tête du fœtus : 3 antéro-postérieurs, 3 transversaux et 3 verticaux.

Tous les auteurs ne sont point d'accord sur les points de départ et d'arrivée de ces diamètres.

Nous y ajouterons deux circonférences.

Diamètres antéro-postérieurs.

1° *L'occipito-frontal* qui pour nous va de la bosse occipitale au milieu du front. Il a 12 centimètres. Pour Budin il s'étend de la pointe de l'occiput à la racine du nez. Il est un peu moindre que 12 centimètres.

2° Le *sous-occipito-bregmatique*, qui va du milieu de l'espace compris entre la bosse et le trou occipital à la fontanelle antérieure. Il a 9 centimètres 1/2.

Pour Budin il s'étend des points de rencontre de l'occipital et de la nuque, au milieu de la grande fontanelle, au niveau du point où se croiserait la suture sagittale et la suture fronto-pariétale.

3° L'*occipito-mentonnier*, qui s'étend de la fontanelle postérieure au menton; il a 13 centimètres 1/2. Budin le fait partir de la pointe de l'occiput au menton.

Diamètres transversaux.

4° Le *bi-pariétal*, d'une bosse pariétale à l'autre ; 9 centimètres 1/2 en moyenne. C'est pour Budin le diamètre transverse maximum postérieur.

5° Le *bi-temporal*, de la racine d'une apophyse zygomatique à l'autre ; 8 centimètres. Diamètre transverse minimum de Budin.

6° Le *bi-mastoïdien*, d'une apophyse mastoïde à l'autre. Il est incompressible et mesure 8 centimètres.

Diamètres verticaux.

7° Le *trachélo-bregmatique*, du point le plus élevé de la fontanelle antérieure, à la partie antérieure du trou occipital ; 9 centimètres 1/2.

8° Le *fronto-mentonnier*, de l'apophyse géni au milieu de l'intervalle qui sépare les bosses frontales ; 8 centimètres.

9° Enfin, le *mento-bregmatique*, de l'apophyse géni au sommet de la fontanelle antérieure ; 9 centimètres.

Ajoutons un diamètre très important noté par Budin : c'est le *sus-occipito-mentonnier* qui va du point le plus élevé du crâne sur le niveau de la suture sagittale, en un lieu qui varie entre la pointe de l'occiput et la fontanelle antérieure, à la pointe du menton. Budin lui donne le nom de diamètre *maximum*. Son importance est grande pour l'explication des phénomènes de déformation du crâne spontanés ou artificiels. Sa mobilité, sous l'influence des contractions, fait varier son étendue.

En définitive, il constitue un 4e diamètre antéro-postérieur et porte à 10 le nombre des diamètres les plus utiles à étudier.

Quant aux circonférences, nous considérons avec Budin celle qui passe par les extrémités du diamétre antéro-postérieur maximum et que pour cela nous appellerons la *grande circonférence*. Ensuite celle qui passe par les extrémités du diamètre sous-occipito-bregmatique que nous appellerons la *petite circonférence*.

Une *circonférence hörizontale*, dont le diamètre occipito-frontal représenterait le grand axe, serait encore utile pour l'appréciation de certains cas pathologiques (hydrocéphalie, microcéphalie), mais nous avons déjà dit que nous voulions rester quant à présent dans la partie purement physiologique de l'accouchement dans les races.

Il ne nous aurait point déplu toutefois, si nous avions eu des

sujets de diverses races en nombre suffisant, de prendre les indices céphaliques de chacun d'eux, mais à l'impossible nul n'est tenu. C'est du reste une étude que nous nous proposons de reprendre plus tard.

RÉCAPITULATION DES DIAMÈTRES DU BASSIN.

1° *Bassins de la première classe ou bassins ovalaires (races blanches).*

Diamètre antéro-postérieur au détroit supérieur	.....	0,110
Diamètres obliques	—	0,120
Diamètre transverse	—	0,135

Tête fœtale.

Diamètre occipito-mentonnier	....	0,135
Diamètre occipito-frontal	....	0,120
Diamètre sous-occipito-bregmatique	....	0,095

Tous les autres sont inférieurs à ces mesures. De même les diamètres de l'excavation et ceux du détroit inférieur sont aussi inférieurs à ceux du détroit supérieur.

De ces données, on peut donc conclure que, dans les races blanches, avec le bassin ovalaire, il faut, pour qu'un enfant à terme soit expulsé spontanément, qu'il se présente :

1° Par une de ses extrémités, comme l'olive dans le goulot de la bouteille, l'œuf dans le coquetier; et que l'extrémité la plus petite (la tête) soit en même temps la plus favorable. Nous avons vu dans cette leçon combien cette extrémité était d'ailleurs réductible.

2° Que l'occiput, dans la présentation du sommet, doit toujours se dégager avant le menton, et celui-ci avant l'occiput dans les présentations de la face, puisque le diamètre occipito-mentonnier est plus grand qu'aucun de ceux de l'excavation ou du détroit inférieur.

3° Que la position la plus favorable est celle où la tête se trouvera dans la diagonale et fortement fléchie, parce qu'alors le diamètre sous-occipito-bregmatique (plus petit) se met en rapport avec

le diamètre oblique (plus grand), et que sa circonférence devient parallèle au plan du détroit.

2° Bassins de la 2e classe ou bassins carrés (Joulin), ronds (Weber) (races jaunes et rouges).

Dans ces bassins le diamètre transversal ne dépasse pas 12.7 (sauf pour les Chinoises où il atteindrait 14) ; moyenne 12.5.

Les autres diamètres sont réduits proportionnellement, sauf les obliques qui ont, chez les femmes des races susdites, une étendue presque égale à celle du diamètre transverse. Chez toutes ce diamètre dépasse 12. Chez les Chinoises il va jusqu'à 13,9. D'où il résulte que la tête du fœtus aura, plus encore que dans les bassins ovalaires, de la tendance à se rapprocher de la symphyse dès le détroit supérieur même, et, après l'engagement, le mouvement de rotation qui précède le dégagement sera considérablement simplifié.

C'est ce qui explique, en partie, la facilité et la rapidité de l'accouchement dans ces races.

3° Bassin de la 3e classe (Cunéiformes de Weber) races nègres inférieures ; Bosjesmans).

Ici beaucoup d'incertitude. Par plusieurs points ces bassins se rapprochent de ceux des anthropoïdes dans lesquels les diamètres antéro-postérieurs, aux deux détroits, prédominent de beaucoup en longueur sur les autres diamètres.

Cette prédominance, sensible à l'œil quand on examine le bassin des femmes canaques, est cependant corrigée par la saillie intérieure des épines sciatiques. Quoi qu'il en soit, l'étendue du diamètre sacro-pubien dans ces races, facilite plus encore que dans les bassins de la 2e classe, non seulement l'engagement et le dégagement rapide de la tête et du tronc du fœtus, mais même les positions occipito-pubiennes directes ou détroit supérieur ; positions si rares dans les races blanches que Baudelocque n'en avait noté que deux cas sur un chiffre considérable d'accouchements.

Telles sont, Messieurs, les considérations que j'avais à faire valoir pour expliquer la facilité de l'accouchement dans certaines

races. Dans la prochaine séance nous aborderons l'étude des présentations et des positions du fœtus, en d'autres termes la classification obstétricale.

L'ÉLECTRICITÉ EN OBSTÉTRIQUE

Par le Dr BRONDEL, d'Alger.

Nous avons souvent tenté l'emploi de l'électricité en obstétrique d'après les travaux de MM. St-Germain, Tripier, etc., et nous devons dire que les résultats obtenus par nous jusqu'ici, ne nous avaient pas permis de formuler un mode d'application satisfaisant. L'observation suivante, en démontrant quelle est la façon la plus active et la plus simple d'agir sur l'utérus gravide, nous a fourni l'occasion de formuler cette manière de faire et d'en faire part au lecteur.

Mme D., 29 ans 1/2, mariée à 20 ans, a déjà eu trois enfants et deux fausses couches. Le premier enfant s'est présenté par les pieds, l'accouchement a été long et difficile, mais il n'y a pas eu d'accidents. Le deuxième accouchement a été normal; ensuite vient une fausse-couche de 3 mois qui ne présente rien de particulier. Le troisième accouchement est marqué par de l'inertie utérine ; après la sortie de l'enfant, une hémorrhagie violente se déclare, le placenta n'est expulsé qu'au bout d'une heure et demie, et après l'administration de doses répétées d'ergot de seigle ; c'est une sage-femme qui se trouve auprès de la patiente. L'hémorrhagie continue encore pendant deux heures jusqu'à l'arrivée d'un médecin qui l'arrête au moyen d'injections d'ergotine. Tout ceci se passe à Buenos-Ayres. Mme D. est très affaiblie, est prise de syncopes à chaque mouvement, enfin, présente tous les symptômes d'une anémie aiguë par hémorrhagie.

Après cet accouchement assez mouvementé, Mme D. offre dans son histoire obstétricale une fausse couche de 5 mois ; ici nous retrouvons l'inertie utérine; un médecin est appelé dès le début, il est contraint d'extraire, au dire de la malade, le fœtus et ses

annexes avec la main. L'hémorrhagie est arrêtée dès e début.

Mme D. arrive à Alger, au mois de janvier 1884; elle est enceinte de 3 mois et paraît l'être largement de six ; son ventre est déjà énorme, les parois abdominales étant fort épaisses et très distendues. La grossesse est bonne, mais Mme D. est très effrayée à la pensée de ses couches, eu égard aux accidents antérieurs et au pronostic sombre porté par un médecin de Buenos-Ayres pour un prochain accouchement. A la fin du 8e mois, à mon retour de France, je trouve l'enfant en position transverse, le ventre est absolument phénoménal, les parois absolument relâchées nécessitent un soutien. Je remets en place l'enfant par des manœuvres externes et le maintiens au moyen d'un bandage un peu serré et de deux coussins placés dans les fosses iliaques. La marche est extrêmement pénible, les jambes fortement œdématiées, pas d'albumine dans l'urine.

Le 6 juillet dernier, Mme D. me fait appeler à 6 heures du matin, les douleurs commencent; elles reviennent environ tous les quarts d'heure et sont de médiocre intensité, *le col est absolument fermé* ; l'enfant se présente par le sommet (1re position). Tout allant bien, je n'avais qu'à attendre. Dans l'après-midi, la situation n'avait guère changé, le col était rigide et admettait juste la pulpe du doigt; à 5 heures, j'y introduis un morceau d'extrait de belladone et fais prendre un grand bain à la patiente; voyant que le col ne se décide pas à se dilater, je donne deux coups de ciseaux. Le col s'ouvre alors très rapidement ; aussitôt que je vois la dilatation en bonne voie, je faradise l'utérus, d'abord un pôle appliqué sur le ventre et l'autre sur les reins, car l'inertie utérine persistait depuis le matin; je n'obtiens pas de bonnes contractions ; j'applique alors les excitateurs sur les fosses iliaques et fais passer le courant de la bobine à gros fil de l'appareil Tripier ; l'effet est instantané, l'utérus bondit sous ce coup de fouet ; la rotation était faite, les parties très dilatables, une seule contraction, pour ainsi dire, se produit, et le fœtus est expulsé en 6 à 8 minutes ; c'est un garçon pesant 4 kilos. La faradisation avait duré 3 minutes. Aussitôt après la sortie de l'enfant, nouvelle fa-

radisation de deux minutes; le placenta est expulsé spontanément, au bout de dix minutes, et toute crainte d'hémorrhagie est écartée, l'utérus étant revenu énergiquement sur lui-même. Du 7 au 10, je fais chaque jour une faradisation de 3 minutes, les pôles sur les fosses iliaques; du 10 au 18, une tous les deux jours, un excitateur introduit dans l'utérus, l'autre appliqué sur le ventre. Pas d'hémorrhagie, pas de fièvre de lait; Mme D. se lève complètement le 5e jour.

Le 26 juillet, la malade vient à mes consultations se faire traiter de ses suites de couches, car elle avait auparavant de la métrite ; je lui fais tous les deux jours de la faradisation utérine et des pansements glycérinés ; la congestion des organes génitaux internes cède avec une merveilleuse facilité à ce traitement. Le 8 août, le cathétérisme utérin me donne 7cm 1/2. Mme D. se porte parfaitement, elle nourrit et n'a ni congestion, ni ulcération de l'utérus.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE.

Séance du 5 novembre 1884. — Présidence de M. Marc Sée.

Hystérotomie. — M. Terrier communique une nouvelle observation d'hystérotomie ; il s'agit d'une femme ayant eu des crises douloureuses comparables à celles de l'accouchement, des poussées péritoniques, dont le ventre mesurait 114 centimètres de circonférence. L'utérus était fixé derrière le pubis, en haut et en avant. Une ponction exploratrice a donné deux litres de liquide et a démontré qu'il s'agissait d'une tumeur utéro-cystique.

L'opération présente de grandes difficultés à cause des nombreuses adhérences. La tumeur dut être enlevée à l'aide de deux broches placées en croix et de l'appareil Cintrat. On craignait d'avoir pris l'uretère droit dans l'anse ; c'était la trompe hypertrophiée.

Quinze jours après l'opération, il y eut des accidents fébriles

et l'urine s'écoula par la surface du pédicule ; il y eut une suppuration abondante du pédicule et l'on sentait une tumeur dans le flanc gauche. On pensa qu'il s'agissait d'un abcès périnéphrétique en communication avec le pédicule utérin. Une sonde à demeure fut placée, on fit des injections antiseptiques. L'état général est excellent : mais combien de temps cette malade devra-t-elle garder sa sonde à demeure ?

Corps fibreux intra-utérin. — M. Pozzi montre un corps fibreux ou polype qu'il a récemment énucléé de l'intérieur de la cavité utérine. Cette tumeur avait été vue plusieurs fois dans le vagin, puis elle avait rétrocédé dans l'utérus et y avait grossi. La malade ne cessait de perdre du sang. L'utérus était volumineux ; au toucher vaginal, on constatait que le col était effacé et entr'ouvert dans la largeur d'une pièce de deux francs. Deux incisions furent faites de chaque côté du col, puis on donna du seigle ergoté ; il n'y eut pas de résultat. M. Pozzi procéda alors à l'énucléation de cette tumeur, à l'aide d'une spatule d'une courbure particulière ; mais il fallut faire une autre incision du col en avant, introduire les trois doigts de la main gauche et sectionner les adhérences avec des ciseaux courbes, sur la main ainsi introduite ; la décortication devint alors facile et l'extraction de la tumeur put être faite à l'aide de la torsion et avec un petit forceps. Dès que la tumeur fut enlevée, on fit des injections antiseptiques. La malade alla bien pendant cinq jours, puis fut prise d'une pneumonie à droite ; trois jours après, elle présentait des symptômes graves de péritonite.

Il y a eu là un fait d'auto-inoculation, la pneumonie ayant déterminé une intolérance du traumatisme abdominal. Grâce à des sangsues, à des cautérisations transcurrentes sur l'abdomen, la malade a bien guéri.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 *octobre* 1884. — Présidence de M. Bucquoy.

Traitement du cancer utérin. — M. Gallard présente à la Société une brochure sur ce sujet. Il rappelle, à cette occasion, avoir fait à la Société de chirurgie une communication sur le traitement chirurgical du cancer de l'utérus, en particulier sur

la résection du col cancéreux par l'anse galvanique. Il tient à faire part à ses collègues du gracieux accueil que lui a fait la Société de chirurgie en le traitant comme un de ses propres membres. Ce n'était là d'ailleurs qu'un échange, la Société médicale ayant invité autrefois M. Tarnier à prendre part à la discussion sur les maternités. Ces échanges entre les deux Sociétés, s'ils étaient plus fréquents, ne pourraient avoir que des avantages pour la science.

(*Gazette des Hôpitaux.*)

REVUE DE LA PRESSE

CAS DE MENSTRUATION CHEZ UNE ENFANT

Le Docteur Van Berveer, d'Albany, rapporte le cas intéressant suivant :

M. et Mme B. K... présentent de bons antécédents de famille et ne sont aucunement parents. Mme K... fut assistée dans son accouchement par les Drs Snow et Perry, de cette ville ; toutefois, la famille est depuis longtemps en rapport avec la mienne, surtout du côté du père. Je suis appelé à voir l'enfant en septembre 1882, parce qu'on la supposait atteinte d'une affection de l'épine, et je fus fort surpris d'apprendre l'histoire suivante. L'enfant est actuellement âgée de 2 ans et 7 mois, et elle a commencé à présenter un écoulement menstruel normal, régulier, qui dura de quatre à cinq jours, à l'âge de 4 mois, et qui réapparaît tous les vingt-huit jours depuis. Elle pèse 49 livres ; son visage et sa conformation sont ceux d'une jeune fille de 10 à 12 ans ; ses seins ont le volume d'une petite orange. Le mont de Vénus est bien développé et couvert d'une grande quantité de poils. Les lèvres externes sont grandes et toutes les parties de la vulve sont bien conformées. Elle est belle et intelligente, mais facilement irritable, et surtout au début de la période menstruelle. Elle ne veut pas et ne semble pas aimer jouer avec les enfants de son âge. Son penchant et ses goûts sont ceux d'enfants beaucoup plus âgés. Ses fonctions sem-

blent s'accomplir normalement. Elle n'a jamais eu de leucorrhée. Elle n'a jamais montré de disposition à la masturbation.

Son état physique est splendide comme développement et il n'y a aucune affection de l'épine. Elle joue avec ses poupées. Bien qu'il soit difficile pour un étranger de comprendre son langage, ses parents ne présentent aucun trouble de ce côté.

En décembre 1882, janvier et février 1883, elle ne fut pas réglée ; elle fut beaucoup plus irritable et eut de l'insomnie la nuit. En mars, les règles revinrent comme d'habitude et furent normales depuis ; la santé de l'enfant se rétablit complètement.

(*Répertoire thérapeutique.*)

ACCIDENTS GÉNÉRAUX ET PHÉNOMÈNES RÉFLEXES DÉPENDANT D'UNE RÉTENTION DU FLUX MENSTRUEL.

M. le docteur Grollemund (de Saint-Dié) rapporte, sous ce titre, dans la *Revue médicale de l'Est*, une longue observation qu'il résume ainsi qu'il suit : Une femme, dans de bonnes conditions de santé habituelle, voit survenir un désordre dans ses fonctions menstruelles. A peine l'écoulement a-t-il apparu qu'il s'arrête sous l'influence de contrariétés vives : dix jours après cette suppression, après avoir eu quelques malaises, elle est prise subitement de symptômes graves de congestion cérébrale, qui s'accompagnent d'accidents nerveux d'une intensité extraordinaire. Un délire violent succède au coma ; des secousses fibrillaires et des secousses tétaniformes apparaissent et persistent pendant plusieurs jours ; une hypéresthésie généralisée remplace l'insensibilité absolue du début. Il survient du strabisme et de la contraction des pupilles. En même temps que se produisent ces accidents cérébraux et méningés, ou peu de temps après leur début, vingt heures environ après, congestion avec hémorrhagie pulmonaire se traduisant par une expectoration de sang, de la matité et du souffle, et cela sans retentissement appréciable sur l'organisme, sans qu'il y ait jamais une fièvre accentuée. Cependant, on constate une albuminurie passagère.

Tous ces symptômes alarmants, ou plutôt cet ensemble de symptômes évolue assez rapidement et se termine heureusement. Les accidents cérébraux s'amendent et disparaissent peu à peu, l'albuminurie ne fait que passer ; la fluxion pulmonaire arrive à une résolution rapide et serait peut-être restée inaperçue si on n'avait assisté à l'expectoration sanguine. Elle n'a du reste presque pas produit de réac-

tion ; les crachats sanguins n'ont persisté que pendant un jour, la matité a été bien vite remplacée par de la submatité, et le souffle par des râles de plus en plus gros.

Le traitement employé n'a cependant pas été très énergique ; quelques sangsues aux apophyses mastoïdes, de la glace sur la tête, et du bromure de potassium à doses plus ou moins élevées, voilà à peu près tout ce qui a été mis en usage. Mais l'hémorrhagie menstruelle entravée reparaît en temps opportun ; à peine produite, elle prend des proportions inquiétantes qui nécessitent l'emploi des injections hypodermiques d'ergotine et du tampon. Cette hémorrhagie aussi s'arrête après avoir donné des inquiétudes, mais elle a pu produire la dérivation qui était nécessaire, et les symptômes nerveux et pulmonaires disparaissent assez rapidement.

Recherchant le lien commun qui unit tous ces symptômes entre eux, M. Grollemund élimine l'hypothèse d'un début de grossesse avec éclampsie, aussi bien que l'existence de l'urémie, et pense plutôt que cet ensemble symptomatologique rentre dans la classe des accidents réflexes d'origine utéro-ovarienne. Il les rapproche de ces fluxions pleuro-pulmonaires réflexes d'origine utéro-ovarienne que M. Potain a décrits récemment (voy. art. 12279), qui ont pour point de départ une affection de l'utérus ou de ses annexes, sans même que la suppression des règles soit nécessaire.

(*Journal de médecine pratique.*)

MARIAGE ET RÉTRÉCISSEMENT MITRAL.

Dans une leçon clinique faite à la Charité, le Dr Landouzy expose que l'orifice mitral est anatomiquement plus étroit dans le sexe féminin. D'autre part, l'hypo-alcalinité du sang entraîne la sclérose. Ces conditions expliquent la fréquence du rétrécissement mitral chez la femme. Cependant, dit le *Journal de médecine*, tant que l'oreillette gauche tiendra bon, la lésion première fera peu de progrès. Mais viennent les grandes épreuves vitales mentionnées plus haut, il faudra avoir l'œil ouvert.

Aussi, logiquement, est-on en droit d'engager une jeune fille atteinte d'un rétrécissement mitral pur à ne pas se marier sous peine d'accidents ; si elle est mariée, d'éviter toute grossesse ; si elle est enceinte, d'éviter la lactation.

Le D[r] Landouzy cite enfin des exemples. D'abord celui d'une jeune fille à laquelle, celle-ci étant à l'hôpital, il avait déconseillé le mariage. Un jour elle demanda une permission de vingt-quatre heures pour aller... dans sa famille ; quelques mois plus tard, elle avait les premiers symptômes de la grossesse, faisait ensuite une fausse couche et succombait à un accès d'asystolie.

Les plus favorisées sont les malades qui deviennent veuves et n'ont jamais d'enfants, prenant au sérieux leur veuvage. Ce sont encore celles qui, comme une religieuse du service de M. Béhier, vivent dans la continence, promènent leur mitralité à travers les âges, et meurent à l'âge d'être grand'mères.

(*Revue de thérapeutique.*)

PROLAPSUS UTÉRIN. — ALLONGEMENT HYPERTROPHIQUE DU COL. SION AVEC LE THERMO-CAUTÈRE.

L... Célestine, âgée de 27 ans, teinturière, entre le 22 février 1884 à la Pitié, salle Gerdy, numéro 13, dans le service du docteur Polaillon.

Elle nous dit n'avoir jamais été malade : à l'âge de 19 ans, elle présenta des engorgements ganglionnaires multiples ; elle fut réglée à 20 ans.

Premier enfant à 23 ans.

Deuxième enfant à 24 ans.

Pendant cette grossesse, la malade fut traitée pendant plus de trois mois pour une angine, et cautérisée plusieurs fois. Enfant mort-né et couvert de taches à sa naissance.

Troisième grossesse à 25 ans.

Enfant mort-né dans les mêmes conditions.

Dans l'intervalle, la malade avait eu une éruption sur la tête, le cou et la poitrine (syphilis probablement).

Au reste, elle paraît d'une bonne constitution, quoique sujette aux bronchites pendant l'hiver. L'appétit est normal.

Etat actuel. — Quelques râles de bronchite dans les poumons.

Au premier temps et à la base, on perçoit un souffle anémique qui se prolonge dans les gros vaisseaux de la base du cou ; du reste, la malade affirme n'avoir jamais eu de rhumatisme, ni palpitations, ni essoufflement, ni œdème.

Ni albumine, ni sucre dans les urines.

La malade appelle l'attention sur une tumeur qui fait saillie entre les deux grandes lèvres, qui a débuté, nous dit-elle, il y a trois mois.

Depuis, la saillie a augmenté de jour en jour, s'accentuant surtout le soir.

Le toucher vaginal laisse percevoir un col utérin considérablement hypertrophié et allongé. Le cathétérisme avec l'hystéromètre donne pour la cavité de l'utérus une longueur de 14 centimètres au lieu de 6 1/2, chiffre normal.

Notons aussi que, phénomène habituel dans ce cas, la face antérieure de la lèvre postérieure du col est ulcérée sur l'étendue d'une pièce de 2 francs.

La malade est soumise à l'observation. Régime tonique. Injections vaginales astringentes (alun).

MODIFICATION DE LA SENSIBILITÉ DE LA PEAU DE L'ABDOMEN PENDANT LA GROSSESSE,

Par R. Teuffel (*Zeitschrift F. Biologie*, Bd. XVIII, p. 247.)

Czernak a déjà montré que, pendant la grossesse, la sensibilité à l'esthésiomètre diminuait sensiblement, qu'il fallait écarter les deux branches de l'instrument pour obtenir le même degré de sensibilité, et cela proportionnellement à la distension de la peau. Teuffel a fait les mêmes constatations et il a trouvé la même proportionnalité entre la diminution de la sensibilité et la distension de la peau.

Tandis que la plupart des expérimentateurs sont d'accord sur les résultats obtenus par l'examen des femmes récemment accouchées, il en est tout autrement par celui des femmes enceintes. L'auteur explique ces différences par ce fait que, pendant la grossesse, l'élasticité de la peau varie beaucoup suivant les individus, de telle sorte que, sous l'influence de l'augmentation du volume utérin, la distension de la peau ne se fait pas également dans tous les joints. Ainsi, au niveau des stries, la diminution de la sensibilité est beaucoup plus marquée que dans les autres régions. Ce sont ces variations suivant les individus et suivant les différentes régions de la surface de l'abdomen qui expliquent ces divergences.

(Auvard, *Bulletin de thérapeutique*.)

HÉMATOCÈLE RÉTRO-UTÉRINE. — HYSTÉRIE CONVULSIVE CONSÉCUTIVE.

Dans cette très intéressante communication, M. le Dr Louis Bleynie apporte un fait très significatif à la théorie de l'hystérie par lésion de l'utérus ou de ses annexes. Consulté pour une jeune fille atteinte d'hématocèle rétro-utérine, il avait, alors que la malade semblait complètement guérie, constaté dans le cul-de-sac postérieur la persistance d'une petite masse indurée, formant une tumeur du volume d'une grosse noix. Quelque temps plus tard, il fut de nouveau consulté, la jeune fille éprouvant à chaque époque menstruelle des symptômes plus ou moins pénibles, et entre autres des attaques d'hystérie convulsive. Interrogé sur l'opportunité de marier cette malade, M. Bleynie conseilla le mariage ; la jeune femme devint bientôt enceinte et eut à terme un accouchement assez facile. Cependant, voici le très remarquable phénomène qui s'était préalablement montré : quelques jours avant sa délivrance, la malade fut prise de douleurs, qu'on crut être celles de l'accouchement, ce n'était qu'un faux travail qui se termina au bout de quarante-huit heures environ par l'issue de pus et de sang par une ouverture spontanée de la paroi vaginale postérieure. Aussitôt le faux travail fut interrompu, pendant huit jours la grossesse reprit son cours normal, jusqu'au moment de l'accouchement qui se fit sans difficulté, malgré une présentation sacro-iliaque gauche antérieure. La mère nourrit son enfant : trois mois après avoir cessé l'allaitement, elle avait eu ses règles aux époques prévues et sans aucun phénomène morbide; elle n'avait pas eu une seule crise hystérique. Or, la tumeur rétro-utérine avait complètement disparu depuis le faux travail qui avait précédé l'accouchement.

L'interprétation est aisée, le culot de l'hématocèle s'était abcédé et avait guéri par le mécanisme de l'inflammation aiguë.

(*Journal de médecine de la Haute-Vienne.*)

ATROPHIE DE L'UTÉRUS, A LA SUITE D'UNE SÉCRÉTION LACTÉE PERSISTANTE,

Par HEITZMANN.

D'après Schrœder, Chiari aurait observé deux cas d'atrophie précoce de l'utérus à la suite d'une lactation prolongée. L'observation suivante est de cet ordre. Femme de 26 ans, d'une très forte com-

plexion, menstruée à 17 ans, assez irrégulièrement jusqu'à la première grossesse. Premier accouchement laborieux. Enfant très fort. Son dernier accouchement (le troisième) date de trois ans et fut facile. La mère nourrit dix mois. Les règles reprirent faiblement, pour cesser entièrement depuis quelques mois.

L'utérus est en antéflexion ; il a une longueur totale de 5 centimètres 5 au maximum : sa cavité mesure 2 centimètres 5. On ne rencontre pas les ovaires. Les deux seins sont très volumineux ; les glandes de Montgomery, les papilles développées. A la pression jaillit un flot de lait épais. Au dire de la malade, cette sécrétion a quelquefois lieu spontanément et très abondamment. (*Wiener medic. Presse*, 1884, n° 15, 13 avril, et *Union médicale.*)

UN NOUVEAU SYMPTÔME DE GROSSESSE.

(Par le Dr Osterich (*Weekly medical Review*).

L'auteur prétend que le premier symptôme et le plus certain de la grossesse est la pulsation vaginale. Cette pulsation se trouve à droite et à gauche du col, quelquefois sur la ligne médiane. On ne constate jamais ces pulsations sur la femme libre, si ce n'est au moment de l'éréthisme vénérien.

Nous ignorons si les observations futures viendront confirmer l'opinion du Dr Osterich. La pulsation vaginale peut être le résultat de la congestion chez la femme enceinte. Mais cette congestion peut aussi se produire pour d'autres motifs chez les femmes libres, et amener partant la dilatation artérielle ainsi que les pulsations. Nous attendrons donc que l'observation ait parlé avant d'enlever à ce signe la valeur qu'il peut acquérir.

(*Journal de médecine de Bordeaux.*)

DE L'ÉCLAMPSIE AU POINT DE VUE ÉTIOLOGIQUE.

Le docteur Delore (de Lyon) lit un travail dans lequel il s'efforce d'établir la nature bactéridienne de l'éclampsie. En voici les conclusions :

1° L'éclampsie débute à la suite de prodromes dont plusieurs sont encore mal définis, mais qui, dans leur ensemble, dénotent une alté-

tération progressive du sang. Ces prodromes constituent le stade d'incubation du germe.

2° Comme dans la scarlatine, les dermatoses exsudatives aiguës, la fièvre typhoïde, la fièvre puerpérale, etc., maladies où la septicémie bactéridienne n'est pas douteuse, on trouve de la néphrite à tous les degrés et de l'albuminurie.

3° On observe constamment une température très élevée, variant entre 39 et 42 degrés, température qui, après la mort, peut même atteindre le chiffre de 43 degrés. Cette hyperthermie *post mortem* est due, je crois, à ce que les phénomènes bactéridiens continuent à s'effectuer dans la masse sanguine. On peut supposer que ces phénomènes sont dus à une désoxygénation rapide produisant une combustion exagérée. Cette hyperthermie est un caractère constant dans les affections bactéridiennes.

4° La contagiosité de l'éclampsie n'est nullement prouvée à l'heure actuelle ; toutefois j'ai observé plusieurs fois, dans ma pratique hospitalière, plusieurs éclampsies éclatant simultanément et, en dépouillant les statistiques de Depaul, j'ai constaté également plusieurs fois cette coïncidence. Il est certain que les éclampsies viennent par séries. Elles ont ce caractère commun avec le tétanos, qui a avec l'éclampsie les rapports les plus intimes et qui probablement est dû aussi à un microbe. Des épidémies d'éclampsie ont été observées dans les maternités par Betschler et Bouteilloux.

5° Dans plusieurs affections incontestablement bactéridiennes, on observe des convulsions au début : ainsi la rougeole, la scarlatine, etc.

6° Comme dans toutes les maladies par septicémie bactéridienne, telles, par exemple, que la fièvre puerpérale, la fièvre typhoïde, etc., la mortalité est fréquente.

7° Grâce à l'obligeance de M. Rodet, chef du laboratoire de M. le professeur Chauveau, j'ai fait des recherches microscopiques sur le sang d'un éclamptique. Nous avons fait une inoculation sans résultat et des cultures dans lesquelles nous n'avons constaté qu'un mycélium mal caractérisé et des granulations animées d'un vif mouvement brownien ; mais, je le répète, ces recherches doivent être reprises ; elles devront porter aussi sur l'urine et être variées dans des conditions multiples.

LES PRÉTENDUS RAPPORTS DE L'OVULATION AVEC LA MENSTRUATION,

Par Lawson Tait.

La menstruation chez la femme n'a aucune analogie avec la période du rut chez les animaux inférieurs. Rien ne démontre que l'approche de la période menstruelle soit signalée ou accompagnée par l'exacerbation des désirs sexuels.

Quant à la question de savoir ce que l'imminence de l'ovulation, ou la maturité d'un follicule de Graaf a à faire avec le processus menstruel, l'observation démontre que, dans bon nombre de cas de double dégénérescence kystique des ovaires, la menstruation peut continuer à se faire régulièrement pendant tout le développement de la tumeur, d'où on peut inférer que cette fonction ne dépend en rien de la maturité et de la rupture des vésicules de Graaf.

Sur 49 cas d'ovariotomie double, il n'y en avait que 9 où il fut évident que la menstruation et l'ovulation s'accomplissent concurremment, 15 n'apportaient qu'une démonstration négative, et 25 fournissaient des arguments contraires à la théorie ovarienne de la menstruation. Dans un cas, on pratiqua l'ovariotomie double pour une épilepsie mentruelle chez une jeune femme de 28 ans. L'opération eut lieu quatre jours avant la période mentruelle présumée. Un follicule venait de se rompre (probablement pendant l'opération) sur l'ovaire droit et un autre était sur le point de se rompre à la surface de l'ovaire opposé.

D'après l'ancienne théorie, il faudrait croire alors que deux menstruations pourraient avoir lieu successivement, à quelques jours de distance, et cela avec un utérus et des ovaires parfaitement sains, car, dans ce cas et dans plusieurs autres semblables observés par l'auteur, il était parfaitement clair que l'ovulation du second ovaire allait suivre celle du premier à quelques jours de distance. Une autre inconsistance de la théorie ovarienne réside encore dans ce fait d'observation, qu'on a vu des menstruations parfaitement régulières se faire dans des cas d'affections des trompes de Fallope ; mais, dans ces cas, les ovaires sont tellement désorganisés en général que, non seulement il n'y a aucune vésicule mûre à la surface, mais on ne saurait souvent en trouver de simples traces.

En conséquence, la fonction de l'ovulation n'a que peu de rap-

ports, si elle en a, avec la fonction de menstruation ; il est, au contraire, très probable que cette dernière fonction est intimement liée au fonctionnement des trompes de Fallope.

(The medical Progress et *Union Médicale.)*

SINGULIER ACCIDENT SURVENU PENDANT LE CATHÉTÉRISME CHEZ UNE FEMME. — RÉTENTION DE LA SONDE PENDANT TROIS HEURES DANS LE CANAL DE L'URÈTHRE

Ce cas est rapporté par le Dr Stanton Allen, de l'Hospice de la Maternité de New-York, dans le numéro de juin 1883, de l'*American Journal of Obstetrics.*

Le 21 décembre 1882, il fut envoyé par le Dr Bagley auprès d'une femme accouchée depuis la veille. Comme elle n'avait pas uriné depuis l'accouchement, le Dr Bagley l'avait sondée ce jour-là ; l'instrument avait passé sans difficulté ; on avait retiré environ une pinte et demie d'urine, mais en voulant retirer la sonde, on avait rencontré une résistance si forte qu'on dut finir par y renoncer, à cause des douleurs qu'on déterminait.

Le Dr Allen vit la patiente trois heures après ; à son tour, il cherche à extraire la sonde, mais il ne fut pas plus heureux ; la sensation qu'il éprouvait était celle qu'on éprouve lorsqu'il y a contraction spasmodique du col ou de l'urèthre.

L'examen le plus attentif ne révéla aucune anomalie des organes. Après avoir pesé toutes les circonstances, il leur sembla qu'il ne pouvait y avoir qu'un prolapsus de la muqueuse vésicale dans l'œil de la sonde. Pour s'en assurer, il passèrent un stylet dans la lumière de cette dernière et sentirent près de l'extrémité un corps mou, tandis qu'en même temps la patiente accusa des douleurs.

Ayant ainsi confirmé leur diagnostic, ils firent de nouvelles tentatives en déployant une très grande force, mais en vain ; il insufflèrent de l'air dans la sonde, sans plus de résultat, bien que l'air pénétrât dans la vessie par l'autre œil de la sonde. Voyant que tous les efforts échouaient, Allen, au risque de produire une lésion sérieuse de la vessie, imprima à la sonde un violent mouvement de torsion et put alors la retirer sans difficulté. Quelques gouttes de sang seulement s'écoulèrent. La patiente se sentit aussitôt soulagée et sans aucune douleur.

Les jours suivants, elle put uriner seule ; seulement le lendemain elle eut un léger frisson, une forte fièvre, de la douleur dans l'abdomen et dans l'utérus. Mais le Dr Bagley n'attribua pas ces symptômes à une lésion de la vessie.

Le rétablissement fut complet.

L'instrument était une sonde de femme ordinaire, en argent. Les deux fenêtres étaient très petites, d'une longueur d'un quart de pouce (1 pouce 11 0,025) et d'une largeur de un huitième de pouce, à bords très minces et tranchants.

Quant au mode de production de ce singulier accident, Allen croit que la vessie ayant été distendue et ensuite subitement vidée, avait perdu une partie de sa tonicité et que la muqueuse pénétra dans l'œil de la sonde par une espèce de succion, à la suite de l'urine qui s'écoulait.

(*Paris Médical.*)

GROSSESSE PRÉCOCE.

Un cas intéressant de grossesse précoce vient de se présenter à la clinique obstétricale de M. le professeur Braun, à Vienne. Le voici tel qu'il est rapporté par le *Medical News* (n° du 4 novembre 1882) :

Il s'agit d'une jeune fille de 13 ans, native de la Basse-Autriche. Elle était réglée depuis trois ans lorsqu'elle devint enceinte, et le sang menstruel était toujours très abondant. Le développement physique de la jeune fille était peu avancé, même pour son âge.

Par l'examen, on constata que la grossesse était arrivée à son terme. Présentation du sommet en première position. Les dimensions du bassin étaient les suivantes :

D'une épine iliaque A. S. à l'autre	0,24
D'une crête iliaque à l'autre.	0,25
D'un grand trochanter à l'autre	0,29
Diamètre conjugué externe	0.18
» » interne	0,10
» » vrai	0,08
Pourtour du bassin au niveau de la dernière lombaire entre les trochanters et les crêtes iliaques	0,74

Les douleurs se montrèrent à 6 heures du soir (28 septembre 1882), rupture de la poche des eaux à 8 heures du matin (29 septembre), naissance d'un enfant mâle du poids de 2,370 grammes, longueur 0.45, à midi trente minutes. Délivrance quelques instants après.

La mère s'est complètement rétablie et devait quitter l'hôpital sous peu ; lactation abondante. L'enfant prospère.

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

MENSTRUATION VICARIANTE

M. le docteur de Courcy Morris, d'York, rapporte dans *The Lancet* (n° du 18 novembre 1882) un cas intéressant de cette curiosité physiologique. Le sujet de l'observation est une dame de 26 ans qui se plaignait de ce que la vue par l'œil droit était trouble, surtout la nuit. A l'angle interne, près de l'orifice du conduit lacrymal supérieur, il y avait une petite papule. La menstruation n'a jamais été régulière et les matières évacuées étaient incolores et en petite quantité. Seins petits, mais bien développés. Douleurs dans la région frontale et à l'œil droit.

Vers le milieu d'août dernier (1882), une hémorrhagie profuse se produisit par la papule susdite, en jet, comme s'il venait d'une artère, Compression au moyen d'un tampon d'ouate. Quand la patiente revint chez elle, l'hémorrhagie reparut. Nouvelle compression (c'était un mercredi). Le vendredi et lundi suivants, les hémorrhagies se reproduisirent malgré la glace, etc. L'écoulement commençait à l'angle interne droit, puis à l'angle interne gauche, puis par le nez et la bouche. — Traitement : apéritifs, ergot de seigle et bromure de potassium, repos, froid sur la tête. Ce traitement a été suivi de succès jusqu'au moment des dernières nouvelles (novembre).

(*Journal d'accouchements de Liège.*)

DE LA CAUSE DE LA FORME PARTICULIÈRE DU BASSIN DE LA FEMME.

Litzmann donne comme facteurs produisant la forme du bassin : 1° la position primitive, le développement et l'accroissement des éléments du bassin : 2° le poids du corps qui lui est superposé ; 3° la résistance des os et des cartilages du bassin ; 4° la traction et la pression

des muscles qui s'y attachent. Fehling, dans son ouvrage sur ce sujet, conclut que, 1° la direction originelle du bassin fœtal est transverse et que cette position est prise de très bonne heure pendant la vie fœtale ; 2° les différences dans le sexe sont de bonne heure indiquées par des différences dans la forme du bassin ; 3° le bassin possède une courbe suivant le grand diamètre du sacrum ; 4° l'analogie du diamètre transverse, etc., avec les singularités semblables du bassin rachitique chez les adultes, prouve qu'il n'y a dans ces cas qu'une persistance des conditions fœtales. Veit affirme que le bassin rachitique fœtal n'a aucun rapport avec les formes postérieures de cette structure et que ni la conclusion en ce qui touche la permanence de la forme, ni celle de l'action de la force musculaire sur la direction ne peuvent être admises.

Pour certaines variétés de bassins rétrécis, la théorie de Litzmann sur l'effet de la pression du corps superposé, offre une explication suffisante, mais les autres éléments de sa théorie (traction musculaire, etc.) ne s'appuient pas, quant à présent, sur des preuves suffisamment assises.

(*Journal de médecine de Paris*.)

DE LA GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Par le professeur Freund.

Freund fait remarquer combien peu de progrès on a fait quant à l'éclaircissement de la pathogénie de la grossesse extra-utérine. Beaucoup d'anciens essais d'explication ne sont pas basés sur l'observation comme maintenant : ce sont de pures hypothèses, comme par exemple l'explication de la grossesse ovarique, qui admet que la fécondation et la nidation de l'œuf peuvent se faire dans le follicule de Graaf, lorsque l'œuf est retenu en place à cause de l'étendue insuffisante de la déchirure et de l'écoulement lent du liquide ou parce que le cumulus proligère n'est pas toujours placé exactement en face du point où se rompt le follicule. Dans un cas de grossesse ovarique observé par Freund, il en trouva la cause dans un trouble fonctionnel de la trompe produit par une très violente frayeur subite, qui mit obstacle à la pénétration de l'ovule dans la trompe.

Quant au diagnostic de la grossesse extra-utérine, on a fait des progrès par suite du perfectionnement de l'exploration bimanuelle des

organes pelviens. Un examen répété montrera un accroissement remarquablement rapide de la tumeur. Au début de la grossesse, sa situation extra-utérine est souvent facile à reconnaître ; vers la fin, souvent on ne la reconnaît que difficilement. Inversement, au début, la nature de la tumeur comme ovisac, est souvent reconnue avec difficulté. Quoi qu'il en soit, les signes subjectifs et objectifs de la grossesse, et particulièrement l'accroissement rapide de la tumeur comparé à celui de l'utérus, éclaircira le cas. Quant à la reconnaissance de la situation d'un fœtus extra-utérin, mort, presque ou tout à fait à terme, l'exploration avec une aiguille, pourra bien renseigner sur ses limites. Mais si l'on emploie ce moyen, il faut être prêt à faire la laparotomie.

Le traitement que Freund n'ose préciser d'après son expérience est jusqu'ici livré à l'appréciation personnelle de l'accoucheur.

(*Journal de médecine de Paris.*)

DES PARALYSIES ÉCLAMPTIQUES PUERPÉRALES.

En dehors des paralysies puerpérales ordinaires, il y en a qui, dans la puerpéralité, succèdent à l'éclampsie. Ces faits, signalés depuis longtemps déjà, viennent d'être rassemblés dans sa thèse par le Dr Bernard, et, comme il s'y trouve quelques observations nouvelles, nous allons en parler.

On a observé, comme conséquence de l'éclampsie puerpérale, avec albuminurie, la *surdité* ; — la *cécité* ; — l'*hémiplégie*. En voici une observation, communiquée par M. Letulle.

La nommée Chopick (Etiennette), entrée le 4 mai 1879 à l'hôpital Beaujon, salle Notre-Dame, est accouchée à terme d'un garçon bien portant, le 29 juillet ; rien d'anormal pendant la grossesse et la couche.

Le 1er août, cette femme s'étant plaint d'une violente céphalalgie et d'un frisson pendant la matinée, fut attentivement examinée. Pas de tension du ventre, lequel n'est pas douloureux ; la température axillaire donne 37°9.

Le lendemain, pas de frissons, mais céphalalgie continue, qui cède à l'administration de 50 centigrammes de sulfate de quinine.

Ces symptômes prémonitoires, avaient éveillé l'attention, ainsi qu'une déviation assez sensible de la commissure gauche des lèvres. Et voici ce qu'on put recueillir à ce sujet.

Il y a douze ans, trois jours avant sa première couche, cette femme fut prise de convulsions violentes, d'une attaque d'éclampsie qui dura cinq jours.

L'accouchement se fit au milieu de ces attaques et l'enfant vécut; actuellement, il a 12 ans.

On lui fit des saignées répétées, puis, la langue étant devenue très-volumineuse, ou y pratiqua des scarifications et elle fut soumise au régime lacté avec chloral.

A la suite de ces attaques la malade était restée paralysée du côté gauche ; ses cheveux étaient tombés.

Elle fut soumise à l'électrisation faradique, et ce ne fut qu'à la suite d'un traitement qui dura six mois, qu'elle commença à marcher. Les mouvements des membres supérieurs paralysés avaient reparu au bout de deux mois.

Deux ans après, nouvelle couche, celle-ci très-normale, sans albuminurie, sans attaques d'éclampsie.

A la troisième couche, cette femme voit reparaître, pendant le travail, de nouvelles attaques d'éclampsie, dont la durée a été de douze heures environ, et qui n'ont cessé qu'après l'accouchement.

C'était une présentation pelvienne et l'enfant n'a pas vécu.

De ces dernières attaques, il ne lui est resté aucune trace.

Jusqu'à sa huitième couche, tout s'est passé normalement, mais à la huitième, qu'elle fit dans le service de M. Desnos, elle fut encore prise d'attaques d'éclampsie.

Cette fois, ces attaques précédèrent d'un mois l'accouchement et durèrent vingt-quatre heures.

Saignées. Chloral. — La malade ignore encore quelle potion on lui administrait.

Les attaques, plus faibles que les précédentes, ne laissèrent point d'hémiplégie.

Chez d'autres malades, on observe des paraplégies, ainsi qu'en témoignent les observations de Weber, d'Abeille, de Lecorché, de sorte que l'on peut dire que :

1° Les phénomènes de l'éclampsie accompagnent, précèdent ou suivent très souvent les paralysies sensorielles ou les paralysies des membres ; 2° que ces paralysies, comme toutes les paralysies d'origine puerpérale, sont très variées dans leurs manifestations et occupent les sens ou les membres ; 3° que ces paralysies paraissent être liées soit à l'albuminurie, soit à une intoxication générale urémique de

l'organisme liée plus ou moins directement au mal de Bright; 4° que la marche et les symptômes de ces paralysies dépendent surtout de la lésion produite, c'est-à-dire de la cause immédiate qui les a provoquées; 5° que ces paralysies doivent être divisées en deux grandes classes :

1° Paralysies liées à des lésions nerveuses. — *A*. Paralysies par lésions cérébrales profondes (toujours graves et presque toujours mortelles). — *B*. Paralysies par lésions cérébrales superficielles (passagères le plus souvent).

2° Paralysies liées uniquement à l'albuminurie et qui sont passagères et sans gravité. (*Paris-Médical*.)

L'ALLAITEMENT.

(Dr A. BORDIER).

Je ne puis pas parler de lait sans m'arrêter sur cette grande question de l'allaitement des nouveaux-nés. Elle est capitale, surtout en France, où l'allaitement artificiel des jeunes enfants a fait tant de victimes.

Il en fait encore ; il ne faut cependant pas méconnaître combien le mal a été diminué par l'application de la loi Roussel, ainsi que le dit avec raison M. Sellier, inspecteur départemental de Seine-et-Oise, dans son dernier rapport ; elle a détruit les auberges et les garderies où les nourrissons avaient huit chances sur dix de ne pas vivre ou de devenir rachitiques. Elle a mis fin, dans la mesure du possible, au trafic du premier mois et de layette. Elle a éliminé définitivement les nourrices incapables par défaut d'intelligence ou incurie. Elle a détruit les centres d'élevage et amené la dispersion des enfants et leur placement favorable quatre-vingt-dix fois sur cent. Là où elle est appliquée sévèrement, on ne trouve plus ces foyers où la mortalité était de 60 à 90 pour 100. Grâce à elle, l'industrie nourricière a pénétré là où elle était presque inconnue, là où la femme ne trouve pas à s'occuper hors de chez elle ; le médecin inspecteur y a beaucoup contribué. Précédemment, c'était le contraire, et l'enfant allai là surtout où la femme pouvait facilement s'occuper, dans les centres où, au point de vue de l'alimentation, la condition des enfants laissera toujours à désirer.

La loi Roussel a réalisé un progrès considérable ; mais il vaut encore mieux convaincre que forcer, et les citoyens d'un pays n'obéis-

sent jamais aussi volontiers aux lois que lorsqu'ils en comprennent l'importance et la nécessité.

Un récent travail de M. Henri Féry, chef des travaux chimiques au laboratoire de la clinique des maladies des enfants, montre combien est grande la différence entre le lait de la femme et le lait des animaux par lesquels elle se fait souvent suppléer comme nourrice.

Le lait qui se rapproche le plus de celui de la femme est celui de l'ânesse ; mais ce dernier est moins riche en sucre et plus chargé de caséine ; ce dernier élément existe dans le lait de la femme dans un état particulier qui doit faciliter sa digestion par l'estomac de l'enfant.

Il est évident que, lorsqu'on ne pourra se procurer du lait d'ânesse, il faudra donner la préférence au lait de vache largement coupé d'eau et sucré, autant que possible, avec du sucre de lait, dont la saveur est beaucoup moins sensible que celle du sucre ordinaire.

Cependant, un pareil lait présentera toujours de grandes différences avec le lait de femme. D'abord, l'étendît-on de la moitié de son volume d'eau, on aura toujours une quantité de caséine plus considérable que dans ce dernier, et de caséine plus dificilement digestible. En outre, la proportion de beurre sera beaucoup trop réduite si on a affaire, comme c'est souvent le cas, à du lait de vaches hollandaises ; ce lait, même vendu pur, ne contient quelquefois que de très petites quantités de beurre. On devra donc, avant de procéder au coupage, s'assurer de la composition du lait qu'on emploie.

Quant au lait de chèvre, il se peut qu'il soit supporté par des enfants robustes ; mais, comme il est toujours riche en caséine, on fera sagement, dit M. Fery, de s'abstenir de l'utiliser pour la nourriture des nouveaux-nés et de ne le donner, ainsi que le lait de vache, à l'état de pureté, que lorsque l'estomac de l'enfant sera devenu capable de supporter une nourriture assez forte.

INJECTIONS FROIDES OU CHAUDES CONTRE LES HÉMORRAGIES UTÉRINES ?

Dans le n° du 30 mai du *Journal d'Accouchements*, nous avons rendu compte d'un travail du docteur Schwarz, préconisant l'emploi de l'eau froide de préférence à l'eau chaude contre les hémorrhagies utérines, et particulièrement contre celles qui surviennent après l'accouchement.

Le Dr Graefe, de Halle, revient sur cette question dans un des derniers numéros du *Centralblatt für Gynækologie* (24 mai). Il com-

mence par citer un cas de sa propre pratique, où une métrorrhagie puerpérale, abondante et rebelle, qui avait résisté aux irrigations chaudes, aux injections hypodermiques d'ergotine, etc., céda rapidement à une injection d'eau glacée. Ce cas, dit l'auteur, avait ébranlé sa confiance dans l'efficacité des irrigations d'eau chaude.

Quelque temps après, l'auteur eut à traiter un nouveau cas d'hémorrhagie puerpérale profuse, survenant chez une secondipare de 27 ans, 8 jours après l'accouchement. Après avoir fait 2 injections hypodermiques d'ergotine, il fit une irrigation intra-utérine d'eau phéniquée glacée (2 litres) ; l'hémorrhagie diminua, mais reparut bientôt aussi intense qu'auparavant ; une injection d'eau chaude d'un litre arrêta l'hémorrhagie sur le champ et définitivement.

M. Graefe rappelle trois cas analogues de Runge et Bloch, où les irrigations d'eau froide restèrent sans effet, tandis que celles faites avec de l'eau chaude eurent un succès immédiat et définitif.

L'auteur conclut de ce qui précède, qu'on n'est pas en droit de donner la préférence à l'eau froide, en admettant toutefois qu'on puisse prendre pour base un si petit nombre d'observations. Pendant longtemps, les injections froides ont été le principal hémostatique dans les métrorrhagies puerpérales ; si elles ont fini par faire place aux injections chaudes, il ne faut pas y voir un simple effet de la mode. D'abord, il est plus rationnel de donner un calorique à un organisme anémié que de lui en soustraire : ensuite, le fait que pendant des années les irrigations d'eau chaude ont été employées sans que l'expérience ait témoigné contre elles, est une preuve que des insuccès semblables à ceux signalés plus haut ne sont pas fréquents. La supériorité des irrigations chaudes consiste en ce qu'elles agissent ordinairement plus rapidement et plus sûrement que les autres. A diverses reprises, les irrigations glacées ont dû être répétées plusieurs fois en même temps qu'on devait avoir recours aux frictions de l'utérus, pour obtenir la cessation des métrorrhagies puerpérales, tandis que, sauf le cas cité plus haut, l'eau chaude a toujours réussi, dans la pratique de l'auteur, à arrêter sur-le-champ et définitivement la perte de sang.

Richter (*Zeitschrift f. Geb. u. Gyn.* 1877) rapporte 111 cas d'hémorrhagies puerpérales arrêtées au moyen de l'eau chaude. Quant aux cas de Schwarz, et à celui de sa propre pratique, l'auteur ne les considère pas comme probants en faveur de la supériorité des irriga-

tions froides, non plus que les trois autres de Runge et Bloch en faveur de la thèse contraire. Dans les uns et les autres, l'expérience n'a pas été franche, les deux traitements ayant été employés l'un à la suite de l'autre.

Graefe croit que l'action hémostatique de l'eau chaude n'est due qu'en partie au fait qu'elle excite les contractions utérines ; elle provient surtout, ainsi que l'a exposé Richter (*Berl. Klin. Wochensch.*, 1882, n^{os} 51 et 52), de ce qu'il se produit un gonflement inflammatoire de la muqueuse et du tissu sous-muqueux, notamment du tissu périvasculaire, d'où résulte une compression des vaisseaux. Cela ressort, entre autres surtout, du fait observé par Richter, Runge et l'auteur, que dans tous les cas où ils ont employé l'eau chaude, l'utérus était toujours plus élevé et plus mou que lorsqu'il se contractait spontanément ou par l'action de l'eau froide. Toutefois, un certain degré de contraction musculaire est également nécessaire ; si cet effet ne se produit pas ou qu'il diminue rapidement, la pression du sang qui gorge les vaisseaux éloignés de l'endométrium surmontera la résistance et l'hémorrhagie recommencera. Si l'on provoque de nouveau et qu'on maintienne la contraction, le flux sanguin cessera. C'est en se basant sur ces considérations qu'on expliquera aisément les cas rapportés plus haut. Si, dans la première série de faits, l'hémorrhagie s'est reproduite après l'emploi de l'eau chaude, c'est que le degré de contraction de l'utérus était trop faible pour venir efficacement en aide au gonflement de la muqueuse, ou a diminué trop rapidement ; l'irrigation froide, venant ensuite, a réveillé les contractions.

Dans la seconde série de faits, la contraction utérine provoquée par le froid n'a pas été suffisante ; ce n'est que lorsque le gonflement inflammatoire dû à l'irrigation chaude est venue s'y ajouter, que l'effet hémostatique a été obtenu.

Les faits invoqués par Schwarz neprouveraient ni pour ni contre l'eau froide ou l'eau chaude ; il faut seulement en conclure que si l'un des moyens employés ne conduit pas au but, il faut encore essayer l'autre. Il faut surtout se garder de croire que si les irrigations chaudes viennent à échouer, il ne reste d'autre ressource que le perchlorure de fer.

Finalement, l'auteur combat l'objection faite par Schwarz, contre l'emploi de l'eau chaude, à savoir si la température n'en est pas suffisamment élevée, il peut en résulter une paralysie irrémédiable de la

musculature utérine. On peut éviter ces deux inconvénients, même sans thermomètre, l'exploration au moyen de la main étant suffisante pour déterminer la température minima de l'eau à employer. Quant à déterminer la température au-dessus de 39° R., c'est plus difficile, bien qu'ici encore la main du médecin, qui n'est en général pas émoussée contre la chaleur, pourra, dans la plupart des cas, trouver la juste limite. Néanmoins, pour se mettre à l'abri de tout accident, ceux qui font usage des irrigations chaudes pour combattre les hémorrhagies puerpérales dues à l'atonie utérine, feront bien de se munir d'un thermomètre.

(*Journal d'Accouchements de Belgique* et *Quinzaine médicale.*)

DE LA CHORÉE PENDANT LA GROSSESSE.

La chorée est une complication assez rare de la grossesse, aussi les traités d'accouchement n'en parlent-ils guère. Il y en a un certain nombre d'exemples dans les journaux de médecine et dans quelques mémoires spéciaux, mais il faut remarquer que les mêmes observations font souvent double emploi. Parmi les travaux dont cette complication a été l'objet, il faut citer, en 1862, un mémoire de Morler de Giessen, comprenant 21 cas de chorée gravidique ; en 1869, un mémoire de Barnes, dans lequel cet auteur a réuni 56 observations ; en 1873, un mémoire de Julius Bambery, comprenant 64 observations ; en 1884, une thèse récente de Paul Hervé où se trouvent 25 cas observés postérieurement à ceux des travaux précédents. Quelques-uns ont été publiés dans les journaux, et, tout dernièrement, deux cas de chorée gravidique ont été observés à Necker dans le service de M. Potain et à la Pitié dans le service de M. Brouardel.

La première observation a trait à une jeune fille de 18 à 20 ans, atteinte de phénomènes choréiques très accusés.

Elle mourut quelques jours après son entrée dans le service, sans que rien pût expliquer une aussi rapide terminaison. A l'autopsie, on ne trouva rien de particulier, sauf l'utérus assez volumineux et contenant un fœtus de quatre mois environ.

Le deuxième cas, observé à la Pitié, s'est terminé par guérison. Il s'agit d'une jeune fille de 18 ans, chez laquelle la chorée fit son apparition dès le début de la grossesse.

Le traitement suivi a d'abord été l'emploi des bains sulfureux et du rop d'iodure de fer, puis la malade a été traitée par les arsenicaux.

Quand la malade sort de l'hôpital, un mois environ après son entrée, les accidents convulsifs avaient presque totalement disparu. Elle était au sixième mois de sa grossesse.

De l'ensemble des faits de chorée, il résulte que la chorée gravidique frappe surtout les femmes jeunes ; elle a son maximum de fréquence de 18 à 24 ans.

Morler, sur 21 malades a trouvé : à 17 ans, 1 cas : à 18 ans, 2 cas; à 19 ans, 2 cas ; à 20 ans, 5 cas : à 23 ans et à 24 ans, 3 cas.

Barnes a noté 37 fois l'âge des malades ; 34 étaient âgées de 17 à 24 ans, et trois seulement avaient dépassé cet âge ; l'une avait 28 ans, la seconde 32 et la troisième 35.

Dans la statistique dressée par Bamberg, nous trouvons 37 femmes ayant de 17 à 24 ans et 6 de 24 à 36 ans.

Enfin, dans les observations de M. Hervé, qui pour la plupart sont postérieures au travail de Bamberg, sur 25 malades, 18 ont de 17 à 24 ans; 6 ont de 25 à 36 ans; dans une observation, l'âge n'est pas indiqué.

La chorée s'observe surtout dans le cours de la première grossesse. Morler note que, sur 21 malades, il s'agissait quatorze fois d'une première grossesse, six fois d'une seconde, et une fois d'une troisième. Dans la statistique de Barnes nous trouvons la chorée : 28 fois pendant une première grossesse, 14 fois pendant la deuxième, 2 fois pendant la troisième et 2 fois pendant la quatrième.

Bamberg, dans sa thèse, a trouvé sur 49 cas :

28 fois la première grossesse.
13 fois la seconde.
3 fois la troisième.
3 fois la quatrième.
2 fois la cinquième.

De plus, cette complication a une prédilection marquée pour la première moitié ou même pour le début de la grossesse. Dans les observations de M. Hervé, 12 fois la maladie a éclaté dans les quatre premiers mois et 9 fois seulement dans les cinq derniers. Tous les auteurs qui ont fait des recherches sur ce point sont arrivés à des résultats analogues.

22 malades, dans les cas de Barnes, étaient dans la première moitié de leur grossesse, 12 seulement dans la seconde moitié.

Chez les femmes dont Morler a publié l'histoire, dans 7 cas, la maladie débuta au deuxième mois, dans 8 cas, au troisième et au quatriè-

me, et ce n'est que dans six cas qu'elle apparut vers la fin de la gestation.

Très souvent la chorée détermine l'avortement ou l'accouchement avant terme; sur 21 malades dont Morler a rassemblé les observations, 4 avortèrent et 3 accouchèrent avant terme sans cause appréciable.

Dans les 57 cas de Barnes, 23 fois seulement l'accouchement se fit à terme ; il y eut 10 avortements ; 9 accouchements prématurés spontanés ; un avortement et 1 accouchement provoqués ; 3 femmes moururent avant d'être accouchées. Dans 8 cas, la guérison s'est faite avant la fin de la grossesse.

Dans la statistique de Bamberg, qui comprend 64 cas, 33 fois seulement l'accouchement eut lieu à terme; 10 femmes avortèrent ; 5 accouchèrent prématurément ; dans 2 cas, on provoque l'expulsion du fœtus, une fois au septième et une fois au huitième mois.

Spiegelberg, sur 69 cas, n'a vu que 29 fois la grossesse arriver à terme.

Enfin, lorsque les enfants naissent vivants, il arrive assez souvent qu'ils meurent peu de temps après l'accouchement ; ces enfants alors même qu'ils sont à terme, sont souvent faibles et chétifs, leur nutrition ayant souffert, et quelquefois enfin, on a vu des enfants naître choréiques.

Le traitement consiste dans l'emploi de tous les moyens habituellement employés contre la chorée ordinaire, tels que : le camphre, l'asa fœtida, l'oxyde de zinc, la valériane, les ferrugineux et les toniques, le sulfate de zinc à la dose de 10 à 15 centigr. trois fois par jour, l'hyoscyamine, le chloral, l'extrait de canabis indica, les courants continus le long de la colonne vertébrale, l'arsenic, les bains alcalins, les bains sulfureux, les inhalations de chloroforme.

Le Dr Wade a obtenu la guérison complète d'une malade en dilatant l'orifice cervical ; ce résultat ne doit pas trop nous surprendre. N'a-t-on pas vu, en effet, d'autres troubles nerveux de la grossesse, les vomissements incoercibles, par exemple, disparaître sous l'influence de la dilatation de l'orifice cervical ? Comme le fait remarquer M. Hervé, on doit néanmoins éviter, autant que possible, l'emploi de ce procédé, car il peut être une cause d'avortement.

Enfin une grave question se pose : Lorsque l'agitation choréique est portée au maximum, lorsque la formation d'eschares sur différents

points du corps, l'apparition de troubles cérébraux, l'épuisement qui résulte de ces mouvements perpétuels, parfois l'élévation de la température, annoncent qu'une terminaison funeste est presque inévitable, est-on autorisé à pratiquer l'avortement ou l'accouchement prématuré artificiel ?

Dans beaucoup de cas, les malades semblaient sur le point de succomber lorsque l'avortement est venu mettre un terme à leurs souffrances et faire disparaître le danger. Mais, en Angleterre, Lover remarque que dans des cas assez nombreux les manifestations choréiques ont continué après la délivrance, et, d'après cet auteur, on n'est presque jamais autorisé à provoquer l'expulsion des fœtus.

Barne conseille d'employer ce moyen si les mouvements convulsifs deviennent extrêmements violents. En Allemagne, Spiegelberg exprime dans son *Traité d'accouchements* la même opinion, et conseille l'avortement provoqué ou l'accouchement prématuré artificiel lorsque les autres moyens ont échoué.

En Allemagne et en Angleterre, on a provoqué le travail dans plusieurs cas, et presque toujours les convulsions ont disparu rapidement après la délivrance. Il y a cependant des exemples de persistance de la maladie, mais ces exemples sont rares ; nous croyons donc que lorsqu'on aura tout essayé, que lorsqu'on aura mis en œuvre et sans succès tous les moyens que nous avons signalés, on devra provoquer le travail, si la vie de la femme est menacée, si en un mot une intervention rapide est absolument nécessaire. C'est une ressource qu'on ne devra employer qu'à la dernière extrémité. Dans une observation du Dr Fischi, rapportée par Hervé, le danger était pressant, les contractions spasmodiques des muscles expirateurs amenaient à chaque instant des accès de suffocation, le pouls était intermittent, la malade ne pouvait prendre aucune nourriture et s'affaiblissait rapidement.

Après l'expulsion provoquée du fœtus, tous ces symptômes alarlarmants disparurent comme par enchantement ; au bout de trois jours il n'en restait plus trace.

(*Paris Médical.*)

EPIDÉMIE D'ERGOTISME

On doit à Meuche l'observation de 500 cas d'Ergotisme. Cette sorte d'épidémie a porté sur 15 villages. Fourmillement des extrémités se

généralisant plus tard à tout le corps, telle était la première manifestation morbide. Meuche passe en revue les divers phénomènes pathologiques que présentaient les malades, tant du côté du système nerveux et musculaire, que du côté de la peau, des ongles et des cheveux.

On a observé, dans certains cas graves, l'arrêt de la menstruation qui ne reparaissait qu'après la guérison. Si le cas était plus léger, on constatait seulement de la dysménorrhée.

L'auteur raconte que, pendant l'épidémie, il ne s'est produit aucun avortement, bien que l'intoxication ait frappé nombre de femmes enceintes.

(*Centralbl. f. gyn.* 1884, p. 12.)

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

EMPLOI DE L'IPÉCACUANHA PENDANT LE TRAVAIL

(Dr Garriger)

En se basant sur l'utilité de l'ipécacuanha dans le traitement des hémorrhagies utérines, M. Garriger a eu l'idée de l'employer pendant le travail et a reconnu que cette substance excite puissamment l'utérus et facilite la dilatation du col rigide. Il change des douleurs pénibles et inutiles en douleurs expulsives, moins douloureuses. Administré à la dose de 10 à 20 centigrammes, l'ipécacuanha paraît régulariser le travail en augmentant la puissance des contractions utérines. (*New-York med. Journ.* novembre 1879, *Annales de gynécologie* et *Journal de th rapeutique.*)

LOTION CONTRE LE PRURIT VULVAIRE.

(T. Fox)

Hyposulfite de soude	16	grammes
Glycérine pure	8	—
Eau distillée	180	—

Faire dissoudre.— Employé en lotions contre le prurit vulvaire. La même solution donne de bons résultats dans le pityriasis versicolor.

(*Revista de Medicina.*)

SOLUTION LAXATIVE POUR LES ENFANTS
(Widerhofer)

Mannite cristallisée.....................	4 à 8 grammes.
Eau chaude..............................	40 à 80 —

Faites dissoudre. — Une cuillerée toutes les deux heures, aux enfants nouveau-nés, pour obtenir les premières évacuations. — Cataplasmes sur le ventre.

(*Union médicale.*)

DE L'IRIDIN DANS LE TRAITEMENT DES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES DE LA GROSSESSE.

Prenant en considération les modifications histologiques que subit le foie chez les femmes grosses, M. H. Gueneau de Mussy pense que, dans les vomissements incoercibles, l'iridin doit ses effets à son action cholagogue. M. Berryhart qui, dans dix cas, a obtenu dix succès, donne tous les soirs une pilule ainsi composée :

Iridin..............................	20 centigrammes.
Conserve de roses....................	Q. s.

L'action de l'iridin, qui n'est pas un évacuant, ne serait pas complète si l'on n'avait soin d'administrer le lendemain matin un purgatif salin, sel de Glauber ou autre. Comme cholagogue, M. H. Gueneau de Mussy s'est également bien trouvé de l'administration, chaque soir, d'une pilule ainsi composée :

Euonymine........................	5 à 10 centigr.
Podophyllin......................	2 à 3 —
Extrait de jusquiame..............	5

L'association de la jusquiame lui a donné les résultats les plus favorables. (*Progrès médical* et *Paris médical.*)

LAVEMENT ANALEPTIQUE POUR ENFANT
(Archambault.)

Salep..	2 grammes.
Bouillon sans sel............................	150 —
Jaune d'œuf..................................	N° 1 ou 2

M. S. A.

(*Journal de Toulouse* 1883, *p.* 215.)

ULCÈRES CANCÉREUX DU COL DE L'UTÉRUS.

(Gillette)

On peut, dit l'auteur de cette formule, le déterger au moyen de la composition suivante :

Iodoforme	18 gram.
Sulfate de quinine	3 —
Charbon pulvérisé	15 —
Essence de menthe	11 gout.

Saupoudrez un tampon de coton, en dedans et en dehors, avec quelques pincées de ce mélange ; et posez directement l'appareil sur la surface ulcérée, qu'il est inutile de nettoyer préalablement, fixez-le au moyen d'autres tampons de coton, et laissez en place au minimum quatre jours, et dix jours au maximum.

(*Journal de médecine de Paris.*)

EMPLOIS THÉRAPEUTIQUES DU DAMIANA.

Francis Evans.

Ce végétal, originaire des montagnes Rocheuses, est populaire parmi les aborigènes américains comme stimulant des organes sexuels. Dans ce but, les Mormons en font usage.

Au Mexique, on l'emploie dans les affections des voies urinaires, et l'auteur en a obtenu de bons résultats au début du catarrhe vésical et contre l'impuissance sexuelle par épuisement ou débilité. Cette substance facilite aussi la menstruation et paraît agir comme tonique du cœur. Enfin elle modifierait l'urination à la manière du cactus. (*Keystone Medical Journal*, juin, 1884, *The Therapeutic Gazette*, p. 382, août 1884, et *Union médicale*).

DE L'HAMAMELIS VIRGINICA CONTRE LA MÉNORRHAGIE.

Henry Chute.

Cet observateur a fait connaître, dans *The South African medical Journal*, la popularité de ce médicament parmi les femmes de la colonie du Cap. On l'administre à la dose, répétée trois fois chaque

jour, d'une demi-cuillerée à café d'extrait fluide, dès que le flux menstruel devient excessif en abondance ou en durée.

Il n'y a aucun avantage à en continuer l'usage après la cessation de la ménorrhagie, ni pendant l'intervalle des époques menstruelles. Enfin, l'auteur déclare en avoir observé de bons résultats pour diminuer les douleurs de la dysménorrhée. (*The Therapeutic Gazette*, p. 370, août 1884, et *Union médicale.*)

VARIÉTÉS

—

HYGIÈNE DES FUÉGIENS.

Dans un intéressant mémoire lu à la *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* par M. le docteur Hyades, nous relevons les lignes suivantes qui ont trait à la physiologie et l'hygiène obstétricales :

« Les Fuégiennes accouchent facilement ; du moins je n'ai jamais entendu parler chez les indigènes de cas de dystocie. D'après les renseignements que j'ai recueillis, elles ne prennent pour l'accouchement que la position accroupie qui leur est du reste habituelle quand elles sont dans leur hutte. Il n'y a pas de matrones, personne qui s'occupe spécialement des soins à donner à la femme. Voici d'ailleurs un extrait des notes que j'ai prises au moment d'un accouchement survenu à la baie Orange chez une primipare de 25 ans environ, en août 1883, un mois avant le départ de la mission pour la France.

L'accouchement s'est passé vers 9 heures du matin ; il n'y avait eu aucun préparatif. A 10 heures, je trouvai la mère accroupie, tenant sur ses genoux un nouveau-né bien conformé et tâchant de lui faire prendre le sein. Le cordon avait été sectionné à 11 centimètres de distance de l'ombilic, par une jeune femme, qui se trouvait par hasard dans la hutte et qui m'a dit que l'enfant était sorti par la tête, la face en avant. L'expulsion du placenta avait été facile. Le cordon ne portait pas de trace de ligature, celle-ci était rendue inutile par le fait de la section à la mode fuégienne, avec un fragment de coquille de moule qui mâchait les tissus. Il n'y avait par le bout du cordon

qu'un écoulement de sang très insignifiant et qu'on essuyait de loin en loin. Le placenta avait été déposé sur le sol à 50 mètres de la hutte.

Le jour même de l'accouchement, la mère est allée seule prendre d'heure en heure quatre bains de mer, en commençant quatre heures environ après la délivrance. J'ai assisté à l'un de ces bains qui a duré environ un quart d'heure et s'est passé comme suit : la femme, complètement nue, entre dans la mer à reculons, et s'accroupit tournant le dos à la lame, de manière à avoir de l'eau jusque sous les seins. Elle se lave alors avec les deux mains, tout le corps et spécialement les aisselles, la poitrine, le cou et les parties génitales. Cela fait, elle se lève et vient s'accroupir, toujours sur ses talons et tournant le dos à la lame, un peu plus près du bord de la plage, de manière à avoir de l'eau jusqu'aux genoux. Elle reste une minute dans cette position et ne se lave plus que les parties génitales, mais moins qu'auparavant. Elle se lève encore pour aller s'accroupir dans la même position tout au bord de la plage, n'ayant de l'eau que jusqu'aux chevilles au moment de l'arrivée de la vague qui forme ainsi une espèce de douche vaginale. Alors elle ne se lave plus et elle reste dans cette position plusieurs minutes. La température de l'air était de + 4°, celle de la mer + 5°.

Dans les intervalles de ses bains, j'ai vu l'accouchée aller chercher de l'eau douce à 100 mètres environ de sa hutte, comme d'habitude. Elle mangea à peine le jour de l'accouchement ; cependant elle fit un petit repas, le soir, avec du pain que j'avais donné au mari.

Le pouls de la mère qui, aussitôt après l'accouchement, était à 72, était à 100 le soir. Il battait 120 le lendemain, jour où elle s'est plainte de douleurs dans les aines et à la nuque et s'abstint spontanément des bains qu'elle aurait dû prendre, si elle n'avait pas eu de douleurs. La palpation de l'hypogastre fait alors constater la rétraction utérine et n'est pas douloureuse, si ce n'est quand on appuie très fortement.

Le 2e jour après l'accouchement, les douleurs des hanches sont moins vives ; la mère prend deux bains de mer, quoique ce soit par temps de neige. Son pouls est à 118 le matin, et 104 le soir.

Le 3e jour après l'accouchement, nouveau bain de mer par un temps froid et neigeux ; température de l'air : 0° ; la mère ne prend qu'un seul bain. Le pouls est à 80, l'utérus est rétracté, les douleurs dans les hanches, entre les épaules sont moins vives. L'accouchée se trouve tout à fait bien. Dans la soirée le colostrum est remplacé par la sécré-

tion lactée qui s'établit sans qu'il y ait eu de douleurs dans les seins.

Le 4e jour, la mère me dit qu'elle n'a pas pris de bain à cause du froid ; couche épaisse de neige sur le sol ; température de l'air, — 5° à 8 heures du matin, vent d'O. fort. Le 5e jour, elle prend un bain sur la plage, malgré le froid ; température de l'air à ce moment : — 2° ; de l'eau de mer, + 4° ; vent d'O. de moyenne force. Pouls 84 ; la mère a beaucoup de lait, et ce liquide, d'après l'examen physique, est d'excellente qualité. Elle prend, le soir, un second bain.

Le 6e jour après l'accouchement, j'assiste fortuitement au bain de la jeune femme : elle entre toute nue dans la mer jusqu'à ce qu'elle ait de l'eau à mi-cuisses; elle se tourne alors vers la terre, s'accroupit, ayant de l'eau jusqu'à la ceinture, et se lotionne très rapidement la poitrine et les parties génitales. Elle sort de l'eau sans faire les deux stations indiquées dans le bain du 1er jour de l'accouchement ; température de l'air, + 1° ; eau de mer, + 3°, vent du N. faible. Les 7e et 8e jours, nouveau bain quotidien. Le 9e jour, dernier bain ; la mère ne ressent aucune douleur ; elle me dit qu'elle a un écoulement lochial très peu abondant. Elle m'assure qu'elle n'a eu d'hémorrhagie que pendant le 1er jour après l'accouchement, et que, depuis, sa perte est insignifiante comme quantité. Ce n'est que 15 jours après l'accouchement que la mère reprit toutes les occupations de la vie fuégienne (récolte des coquillages, pêche, etc.)

Aussitôt après la naissance, l'enfant avait été nettoyé avec de l'eau tiède. La mère le tenait sur ses genoux, non vêtu, et commença de suite à lui donner le sein. Les bouts de sein étaient larges et aplatis, et l'enfant ne parvint à pratiquer de bonnes succions que le 3e jour à partir duquel il se mit à téter beaucoup, et avec facilité. Le cordon, qui s'était desséché, est tombé spontanément dans la 4e nuit qui a suivi l'accouchement. Deux jours après la chute du cordon, l'ombilic était complètement cicatrisé ; il n'y avait pas eu de sécrétion appréciable de la plaie, qui était restée sans aucun pansement.

Tous les jours, l'enfant était nettoyé avec de l'eau chaude, par la main de la mère. Celle-ci le massait en outre sur le dos, doucement, mais non régulièrement, tous les jours, avec sa main qu'elle réchauffait après chaque application sur la peau, en soufflant à travers ses doigts fléchis. Dès le 8e jour après la naissance, l'enfant était sorti avec la mère pour venir au laboratoire.

L'allaitement se prolonge pendant deux à trois ans ; mais les Fué-

giennes commencent de bonne heure à donner, en même temps, à leur nourrisson des aliments solides, tels que : moules cuites, poissons, etc. Les soins donnés aux enfants sont à peu près nuls. Tant qu'ils ne peuvent pas marcher, la mère les porte sur le dos, où ils sont maintenus dans la partie supérieure d'une peau de phoque par une lanière qui passe sous leur siège. Sous la hutte ou dans la pirogue, la mère les tient sur ses genoux ou sur sa poitrine, assez mal recouverte par la peau qui lui sert de manteau. Jamais les enfants fuégiens ne sont vêtus. Ils bravent ainsi les intempéries du climat, uniquement protégés par le contact de la chaleur maternelle.

La menstruation s'établit entre 14 et 16 ans. Cette fonction s'établit facilement, quoique les indigènes fassent accompagner d'un jeûne de plusieurs jours la première menstruation.

La masturbation n'est que très exceptionnelle chez les Fuégiens. Probablement à cause de la cohabitation continuelle, les rapports sexuels commencent de bonne heure entre petits garçons et petites filles, mais ne deviennent pas alors habituels. Pendant la nuit, les garçons et les filles forment d'ailleurs des groupes séparés suivant les sexes. Le mariage s'accomplit assez tard, vers 18 ou 20 ans pour les filles, 25 ans pour les garçons, en moyenne. Cependant, j'ai vu un cas où une fillette de 12 à 13 ans, non encore menstruée, avait été enlevée par un Fuégien qui voulait l'épouser, quoiqu'il eût déjà une première femme.

(*Journal de la santé publique*).

BIBLIOGRAPHIE.

—

LES THERMES DE L'ETAT. — La mise en ferme, par M. le Ministre du commerce, de quatre Etablissements thermaux appartenant à l'Etat, vient de fournir à notre confrère, M. Armand Cazaux, directeur du *Monde Thermal*, le sujet d'un très intéressant travail.

L'auteur des *Thermes de l'Etat* reconstitue l'historique de Bour-

bon-l'Archambault, Bourbonne-les-Bains, Luxeuil et Néris ; il décrit les richesses hydro-minérales, les installations balnéaires de ces villes d'eaux séculaires.

Cette utile et remarquable étude est éditée par la maison J.-B. Baillière, 19, rue Hautefeuille.

Note sur quatre cas de fièvre typhoïde qui ont éclaté à St-Lazare au mois d'août 1884 et sur l'épidémie de même nature qui a sévi dans la prison en 1882, par le Dr L. Le Pileur.

Paris, Baillière et fils, 1884.

Le massage par le médecin. — Physiologie, manuel opératoire, indications.

Rédigé et annoté d'après les ouvrages du Dr Reibmayr, publiés en 1883-84 par le Dr Léon Petit, précédé d'une préface par le Dr J. Regnier, in-18, 1885, avec 126 figures. — Coccoz, libraire-éditeur, 4 fr.

Traité d'électrothérapie, par le Dr W. Erb, professeur à l'université de Leipzig. Traduit par le Dr Ad. Rueff.

Avec 39 fig. dans le texte.

Paris, 1884. — A. Delahaye et E. Lecrosnier.

Traité de Gynécologie opératoire avec l'exposé des procédés d'exploration en gynécologie par A. Hegar et R. Kaltenbach, professeurs à l'université de Fribourg en Brisgau.

Traduit sur la deuxième édition allemande par le Dr Paul Bar, accoucheur des hôpitaux de Paris ; précédé d'une préface par le professeur Tarnier, chirurgien en chef de la Maternité de Paris.

Paris 1885. — Librairie H. Lauwereyns, G. Steinheil, successeur.

La thérapeutique des hypertrophies prostatiques, par le Dr A. Tripier.

Paris 1884. — O. Doin, éditeur.

De l'électricité en médecine, conférence faite à Vienne (Autriche), par le Dr Boudet, de Paris. — 1884, O. Doin, éditeur.

De la diathèse urique et de son action dans la cavité buccale, par M. P. Poinsot, professeur à l'école dentaire de Paris. — 1884, (Extrait de l'*Odontologie*).

Neuf cas de guérison de la rage, mémoire remis à l'Académie de médecine le 11 juillet 1882, par M. E. Decroix, vétérinaire prin-

cipal en retraite. (Extrait de la *Revue médicale française et étrangère*). — Asselin, libraire-éditeur.

SYPHILIS ET PROSTITUÉES et principalement contribution à l'étude de la syphilide pigmentaire, par le Dr Maireau.

1884.— J. Le Clère, imprimeur.

BLEPHAROPHTALMOSTAT par le Dr Bernard (de Cannes). — Extrait du Recueil d'ophthalmologie, janvier 1884. — Félix Alcan, éditeur.

DES SERVICES D'ACCOUCHEMENTS DANS LES HOPITAUX, ce qu'ils sont, ce qu'ils devraient être, par un Privat-Docent. (Extrait du journal « *Le Médecin praticien*). 1882. — Savy, libraire-éditeur.

EL VAGINISMO, thèse soutenue devant la Faculté de Médecine de Madrid, par Eugenio Guttierez y Gonzalez.

1880.— Garcia y Caravera, imprimeur à Madrid.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU VAGINISME, par le Dr Gabriel Gillard. — Paris, 1884. — A. Coccoz, libraire-éditeur.

RECHERCHES SUR LA MORT DU COMTE DE CHAMBORD. — Erreur de diagnostic. La vérité sur sa maladie, par le Dr Rezard de Wouves. — Paris, 1884. — E. Dentu, éditeur.

LE CHOLÉRA, son traitement préventif, traitement dosimétrique des cholériques, par le Dr Félix Paquet, de Rouhaix. — Chez l'auteur, à Paris, rue Hippolyte-Lebas, n° 3.

DU TRAITEMENT ÉLECTRIQUE DES TUMEURS FIBREUSES DE L'UTÉRUS, d'après la méthode du Dr Apostoli, par le Dr Lucien Carlet, avec une figure dans le texte. — 1884, Paris. — G. Doin, éditeur.

CHIRURGIE DU DOIGT, par le Dr Polaillon. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*). — Paris, 1884.— G. Masson, édietur.

CONTRIBUCION AL ESTUDO DE LA FIEBRE PUERPERAL por el Dor Juan R. Fernandez. — Paris, 1884. - J. y. Ferrer, Bibliothèque d'Europe et d'Amérique.

UEBER DIE WIRKUNGEN VON ERGOTIN, Ergotinin und Sklerotinsæure auf Blutdruck, Utterusbewegen und Blutungen, von Max Marckvald (Kreusnach). Separat-Abzug aus Archiv für Anatomie und Physiologie, Physiologische Abtheilung.

FORMULAIRE

De la valeur thérapeutique de la teinture de camomille dans les ménorrhagies.— (J. Chéron.)

Si l'anémone pulsatille, a la propriété de ramener le flux menstruel en provoquant la contraction de l'appareil musculo-érecteur du mésoarium, et du mésométrium, il était permis de supposer que la camomille jouit d'une action inverse, puisqu'elle suspend le flux menstruel ménorrhagique.

Dans le but de m'assurer de la justesse de cette manière de voir, j'ai administré de la teinture de camomille à des femmes nullipares atteintes de ménorrhagies.

L'administration du médicament a été faite du quatrième au cinquième jour des règles et la cessation brusque ou graduelle du flux ménorrhagique en a été la conséquence.

Le toucher pratiqué avant et après l'ingestion des médicaments a permis de constater que, dans le premier cas, l'utérus était maintenu en antéversion, comme enserré dans une enveloppe virtuelle qui ne permettait de lui imprimer aucun mouvement, et que dans le second cas, au contraire, l'utérus très mobile pouvait être soulevé par le doigt et poussé dans toutes les directions avec facilité. Par conséquent, la teinture de camomille fait cesser l'écoulement menstruel ménorrhagique en faisant tomber le spasme de l'appareil musculo-érecteur du mésoarium et du mésométrium.

J'emploie la camomille de la manière suivante :

Teinture de camomille.	2 gr.
Sirop d'écorces d'oranges amères	60 gr.

Prendre une cuillerée à café toutes les 2 heures.

Les ménorrhagies cèdent en général en 24 heures à l'emploi de ce moyen thérapeutique.

Directeur-Grant, Dr J. Chéron.

Clermont (Oise).— Imprimerie Daix frères, 3. place Saint-André,

TABLE DES NOMS D'AUTEURS

TABLE ALPHABÉTIQUE

FIN DE LA TABLE DES MATIÈRES

Clermont (Oise). — Imprimerie Daix frères, 3, place Saint André.